Nr. 25 23. czerwca 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Norbert PRAEGER. Lwów.

Analiza przypadku niemocy płciowej oraz uwagi krytyczne o metodzie psychoanalitycznej [1]).

Przy nieuprzedzonej, niedławionej zgóry powziętem stanowiskiem, obserwacji nerwic, narzuca się ich ścisły związek z życiem płciowem. Niema w tem nic uderzającego, jeśli zważymy znaczenie popędu płciowego dla życia indywidualnego i jego doniosłą rolę biologiczną dla utrzymania gatunku.

W każdym popędzie tkwi potężne parcie do wyładowania. Natrafia ono na rozliczne przeszkody. Wraz z rozwojem życia społecznego zaszła konieczność okiełznania popędów, uzgodnienia ich z nakazami i zakazami grupy społecznej, w której człowiek żyje, potrzeba wbudowania życia jednostkowego w szerszy plan społeczny. Rzeczą mniejszej wagi jest, czy zbijanie się w gromadę i poddawanie się prawom rządzącym życiem zorganizowanej grupy uważać będziemy za wyraz samodzielnego, pierwotnego popędu społecznego, czy też ten ostatni traktować będziemy jako pochodny, wtórny, wyrosły z dwu pierwotniejszych popędów, jak samozachowawczego i płciowego, które nakazywały jednostce rezygnować z absolutnej swobody i zbijać się w gromadę dla łatwiejszego odpierania niebezpieczeństw i ułatwienia w znajdowaniu partnera seksualnego. Liczyć się musimy z samym faktem, że wraz z powstaniem grupy społecznej zaszła konieczność ograniczenia swobody osobistej i nałożenia tamy popędom, które mogłyby działać destruktywnie i rozsadzać skupienie. Z postępującem zróżnicowaniem życia społecznego i kulturalnego, pierwotne nieliczne i proste nakazy i zakazy o przejrzystej zupełnie celowości, uległy daleko idącemu przeobrażeniu i rozbudowie w całe systemy etyczno-moralne.

W myśl prawa biogenetycznego ontogeneza jest skróconem powtórzeniem filogenezy, a więc i w indywidualnem życiu psychicznem przyjąć musimy pewne kolejne fazy rozwojowe, osiąganie corazto wyższych szczebli i postępujące uspołecznienie. (Prawo biogenetyczne obowiązuje nietylko w życiu fizycznem ale i psychicznem). Jeśli rozumowanie to przeniesiemy w dziedzinę popędu płciowego, musimy wprost *postulować* istnienie okresu, w którym popęd płciowy wyżywałby się bez żadnych tam. Okres ten jest możliwy tylko we wczesnem dziecięctwie. Jeśli się stoi na gruncie biologicznym, rozważanie teoretyczne musi nieodpornie prowadzić do tego wniosku, należy się tylko wystrzec identyfikowania życia seksualnego z genitalnem (Freud). Wniosek ten, wywiedziony dedukcyjnie z prawa biogenetycznego, zgadza się w zupełności z empirją. Dowodów na istnienie dziecięcego życia seksualnego dostarczyła analiza nerwic (Freud i jego szkoła) i bezpośrednia obserwacja nad dziećmi (Friedjung, Kläsi i in.). Zachodzi pytanie, czy organizacja seksualna przechodzi istotnie w dziecięctwie przez fazy podane przez Freuda.

Wedle tego autora trwa okres niepohamowanego wyżywania się płciowego do piątego roku życia, jest ono najbujniejsze między 3 a 5 rokiem życia. Potem następuje okres utajenia, który trwa do wieku pokwitania. W okresie latencji popęd płciowy ulega stłumieniu, wraz z nim zapadają w nieświadome dziecięce formy jego wyżywania się. Stłumienie nie niszczy jednak energji popędu i jego ciągle nowych dopływów, ulega on sublimacji. Siła popędu zostaje zużyta do nowych celów, powstają wyższe instancje psychiczne, uczucia społeczne, sumienie i t. p. Energja więc popędu zostaje zużyta na stworzenie tam przeciwko popędowi, z popędu rodzi się jego pogromca. Freud idzie jeszcze dalej, uważa, że pewne swoiste dla danej jednostki cechy charakteru powstają też drogą sublimacji *(Unterart der Sublimierung)*, jako reakcja na nadmiernie rozbujałe pewne popędy częściowe, np. skrupulatność i czystość, jako odczyn na zbyt silnie zaakcentowaną erotykę analną.

Wywodzenie nadrzędnych instancyj psychicznych tylko z popędu płciowego jest nazbyt jednostronne. Przyznać musimy, że ideały etyczno-społeczne muszą mieć jakąś zawartość dynamiczną, jakiś nabój energetyczny, w przeciwnym bowiem razie nie mogłyby mieć żadnego wpływu hamującego, idea bez siły byłaby tylko dekoracją. Aby podkreślić to jądro energetyczne, Schneider używa terminu *„popędy psychiczne“*, do których zalicza też sumienie. Zamierzenia idące po linji zaspokojenia popędów egoistycznych natrafiają więc na zaporę o wystarczającej przeciwwadze energetycznej. Wpływ nadrzędnych instancyj psychicznych nie wyczerpuje się w samej tylko negacji popędów egoistycznych, instancje te rozwijają też siły twórcze, służące celom ponadjednostkowym. Istnieć więc musi jakaś *vis a tergo*, a ta może być pobrana tylko z ogólnego zbiornika popędowego (Tyflopsyche w nomenklaturze Brauna), którego zawartość nie równa się samemu tylko popędowi płciowemu. Conajmniej równe znaczenie ma popęd samozachowawczy, jeśli już nawet popęd społeczny uważać będziemy za wtórny. (Patrz wyżej).

Wychowanie rozwija i pogłębia urządzenia biologicznie preformowane, rozwój otamowań i wałów ochronnych, który jest pozornie tylko wytworem wychowania, jest w swym zarodku *„organicznie uwarunkowany i dziedzicznie ustalony“* (Freud). Energja stłumionego popędu płciowego jest więc tylko jednym, lecz nie jedynym czynnikiem, działającym przy sformowaniu nadrzędnych instancyj psychicznych.

Niezależnie od tych rozważań, które naświetlają problem od strony dynamicznej, przyjąć musimy bezsporny, bo empirycznie poznany fakt, że w psychicznym rozwoju ontogenetycznym pojawia się nadrzędna, wyposażona w energję instancja psychiczna. Mamy tu znów tylko powtórzenie pewnego szczebla rozwoju filogenetycznego.

Pojawienie się tej nadrzędnej instancji psychicznej ma centralne znaczenie w etjologji nerwic, które powstają zazwyczaj na skutek konfliktu między popędami, a tą właśnie instancją.

Stwierdziliśmy powyżej istnienie dziecięcego życia seksualnego. Wyłania się pytanie, w jakiej postaci ono przebiega.

Popęd płciowy przechodzi według Freuda przez zawiłe fazy rozwojowe, występujące po sobie w pewnej filogenetycznie ustalonej kolejności czasowej. Źródłem rozkoszy płciowej jest ssanie i cmokanie (erotyka oralna), oddawanie moczu i kału (erotyka uretralna i analna). T. zw. sfera erogeniczna rozciąga się też na skórę i mięśnie (erotyka skórna, mięśniowa i ruchowa). Spotykamy się też z masturbacją i to dwufazową, bo u oseska i około czwartego roku życia. Faza analna łączy się czasowo z sadystyczną. (Obie występują około trzeciego roku życia). Istnieją też elementy mazochistyczne, ekshibicjonistyczne i homoseksualne, panoszą się wogóle wszelkie możliwe perwersje, które Freud nazywa *popędami częściowemi (Partialtriebe)*. Źródłem rozkoszy jest zrazu tylko własna osoba (ssanie, oddawanie wydalin i t. p.) — faza autoerotyczna. Od trzeciego roku życia autoerotyka przechodzi w aloerotykę. W tym też czasie życie seksualne przechodzi okres specjalnej bujności. Pierwszym przedmiotem pożądania aloerotycznego są właśni rodzice. Miłość ku rodzicowi różnopłciowemu łączy się z nienawiścią i chęcią zabicia rodzica równopłciowego, w którym dziecko widzi rywala. Ta chęć zabicia płynie z niecałkiem jeszcze wygasłej fazy sadystyczno-analnej. Związanie z rodzicem różnopłciowym i nienawiść ku równopłciowemu nosi nazwę *kompleksu Edypa*. Spotykamy się też z ciekawością badawczą *(Schautrieb)*, skierowaną ku sferze seksualnej. Dziecko interesuje się narządem rozrodczym płci przeciwnej. Chłopiec zakłada zrazu, że i dziewczynka ma prącie. Natrafiamy tu na jedno ze źródeł t. zw. *kompleksu kastracyjnego*. U dziewczynki sprawa kompleksu kastracyjnego przedstawia się bardziej zawile, wymagałaby zbyt obszernego omówienia, dlatego ją pominiemy. Drugie źródło kompleksu kastracyjnego jest związane z kompleksem Edypa. Miłość do matki i nienawiść do ojca łączy się bowiem z fantazjami kastracyjnemi, skierowanemi przeciwko ojcu. Powstaje stąd poczucie winy i obawa przed odwetem, który dotknie tę samą część własnego ciała. Trzecie źródło wypływa z pogróżek rodziców, którzy dziecku onanizującemu się grożą wyrwaniem prącia.

Widzimy więc u dziecka te formy seksualnego wyżywania się, które u dorosłych obejmujemy nazwą zboczeń, stąd określenie Freuda, że dziecko jest *„polimorficznie zboczone“*.

---

[1]) Odczyt wygłoszony w Tow. Neurologiczno-psychjatrycznem. Sekcja lwowska.

Około piątego roku życia występuje wyparcie w nieświadome popędu płciowego i jego dotychczasowych form wyżywania. Życie seksualne budzi się z tego stanu utajenia dopiero w wieku pokwitania. Popędy częściowe integrują się, centrują się około funkcji rozrodczej, zostają poddane pod prymat narządu rozrodczego i ten scentrowany już popęd kieruje się ku płci przeciwnej.

Teorja Freuda, dotycząca dziecięcego życia seksualnego, wydaje się na pierwszy rzut oka czemś absurdalnem. Ma ona jednak poza oparciem empirycznem także poważne uzasadnienie biologiczne, jest bowiem nieprawdopodobnem, aby popęd płciowy pojawiał się nagle, jak *deus ex machina*, dopiero w wieku pokwitania.

W swym zrębie zasadniczym jest teorja Freuda niewątpliwie słuszna; czy organizacja seksualna przechodzi te wszystkie fazy i to w takiej kolejności, jest mniej pewne. Poważni badacze tej miary co Bleuler, Pötzl, Schilder, Binswanger, Prinzhorn, Kretschmer, Reiss, Storch, Kronfeld i wielu innych, w zapatrywaniach swych wydatnie zbliżyli się do tez psychoanalitycznych. Taki znawca psychopatologii dziecka, jak Homburger, godzi się w zupełności z istnieniem dziecięcego życia seksualnego, choć nie przesądza form jego manifestacji. Kronfeld zaś sam mówi o sobie: „Ja, który najsilniej zwalczałem podstawy psychoanalizy, studjując później bez uprzedzenia te sprawy na materjale żywym, musiałem dojść do przekonania, że wiele faktów podanych przez Freuda zgadza się z rzeczywistością".

Jak częsta jest masturbacja u dzieci, o tem poucza codzienna praktyka lekarska, mnożą się te przypadki, od kiedy rodzice nauczyli się na te sprawy zwracać uwagę. Okrucieństwo dzieci już dawno uderzyło wychowawców, wzajemna zaś masturbacja między małemi dziećmi jest też znacznie częstsza, niż się wogóle sądzi. Czemże, jeśli nie istnieniem erotyki uretralnej, da się wytłumaczyć zaobserwowany przeze mnie fakt, że u młodzieńca 18-letniego nagle ustało moczenie nocne od czasu, gdy znalazł partnera seksualnego. Nie znaczy to jeszcze, że każdy przypadek moczenia nocnego jest wyrazem przetrwania erotyki uretralnej. Takie i inne uogólnienia podważają tylko niepotrzebnie zaufanie do psychoanalizy. Całowanie się kochanków, będące przygrywką lub namiastką aktu płciowego, nie wymaga chyba komentarzy (erotyka oralna). Nietrudno nam też zrozumieć, dlaczego podniecenie płciowe tak często idzie w parze z parciem na mocz. Nie od rzeczy będzie też dodać, że cewka moczowa, odbytnica i narząd płciowy stoją pod względem rozwojowym bardzo blisko siebie, narządy wydalinowe i płciowe mają u stekowców ujście do wspólnej kloaki.

Dalsze badania wykażą, o ile obraz rozwoju organizacji seksualnej nakreślony przez Freuda zgadza się z rzeczywistością. Niewątpliwie niejedno ulegnie modyfikacji lub skreśleniu. *Za zdobycz trwałą już dziś można uważać istnienie seksualnego życia dziecięcego, jakoteż jego perwersyjność, jeśli na nie patrzymy pod kątem dojrzałej erotyki.*

Dodać jeszcze należy, że życie płciowe człowieka dorosłego przeszło już przez filtr reflektującej świadomości. Popęd płciowy jest już rozpoznany i odgraniczony od innych przejawów życia. U dziecka niema mowy o świadomych przeżyciach seksualnych, noszą one raczej ogólny charakter witalny.

W wieku pokwitania popędy częściowe ulegają scentrowaniu i zostają poddane pod prymat narządu rozrodczego. Niezawsze to się jednak udaje. Niektóre popędy częściowe okazują niekiedy tak dużą siłę i przebojowość, że nie dochodzi do scentrowania i wykształcenia normalnego popędu heteroseksualnego. Mamy wtedy do czynienia ze zboczeniem trwałem. Wedle Freuda wszelkie zboczenia polegają na przetrwaniu dziecięcych popędów częściowych.

Często tak się rzecz przedstawia, nie jest to jednak prawo. Popęd płciowy nie ulega bowiem w okresie pokwitania odrazu scałkowaniu, przechodzi jeszcze przez krótszy lub dłuższy, indywidualnie różny etap niepewności, w którym poszczególne tony nie złożyły się jeszcze w zgodny akord. Statystyka niemiecka wykazuje, że największa ilość najróżnorodniejszych deliktów seksualnych przypada na lata od 15 do 18 roku życia. W gorących przyjaźniach między osobami tej samej płci, zwłaszcza jeśli są one skupione pod tym samym dachem (w szkołach kadeckich, internatach, pensjach dziewczęcych), daje się wykazać pierwiastek homoseksualny. Tak forma jak i przedmiot popędu jest jeszcze nieustalony. Jeśli na ten okres nieskrystalizowanego jeszcze popędu przypadnie, często pod wpływem uwiedzenia, jakieś odbiegające od normy przeżycie płciowe, ten właśnie tor wyżywania się seksualnego może ulec utrwaleniu. To samo znaczenie ma przedwczesne rozbudzenie się życia płciowego. Niepotrzebne jest wtedy chorobotwórcze przeżycie, któreby danemu popędowi częściowemu nadało szczególną siłę przebojową, ponieważ przed pewnym wiekiem o scentrowaniu jeszcze wogóle niema mowy, egzekutywą więc istniejących jeszcze częściowych popędów płciowych może być tylko zboczenie. Dzieje się to tem łatwiej, że nadrzędne instancje psychiczne i związane z niemi hamulce nie są jeszcze dostatecznie rozbudowane. *Tak więc przypadkowe przeżycie lub uwiedzenie w okresie pokwitania, jak i przedwczesne rozbudzenie życia płciowego odegrać może rolę zasadniczą w powstaniu zboczenia płciowego. Z tym samym rezultatem spotkamy się, jeśli popęd płciowy wogóle nie wszedł w normalny okres utajenia.*

Wraz z rozwojem nadrzędnych instancyj psychicznych sprawa się komplikuje, mogą się one przeciwstawić potępionemu przez nie naporowi zboczonego popędu, następuje stłumienie i nerwica. Dokładny mechanizm jej powstania i sposób przemiany stłumionej energji seksualnej w objawy neurotyczne omówimy później.

Niezamącony przebieg przedpokwitania i pokwitania gra więc, naszem zdaniem, zasadniczą rolę w etjologji nerwic, nic więc dziwnego, że w tym czasie najczęściej wylęgają się nerwice.

Freud i jego szkoła doceniają wprawdzie znaczenie okresu pokwitania, niemniej jednak punkt ciężkości przerzucają na urazy seksualne wczesnego dzieciętwa. Freud przyjmuje, jak już wiemy, dwuczasowy rozwój popędu seksualnego, w dzieciętwie i w wieku pokwitania. Między oba te etapy wsuwa się okres utajenia. Popęd płciowy przechodzi w dzieciętwie wymienione powyżej fazy rozwojowe, zmienia się forma i przedmiot erotyki.

W biegu normalnego rozwoju, poszczególne fazy występują w filogenetycznie ustalonej kolejności, czas ich trwania jest również rodowo ustalony, a więc w ciągłym szeregu następującym po sobie pojawia się i znika w nieświadomem faza autoerotyczna, sadystyczno-analna, Edypowa i t. p. Około 5 roku życia pierwszy okres życia płciowego jest zakończony.

W każdym rozwoju biologicznym mieści się możliwość zaburzenia. Poszczególne fazy mogą z przyczyn konstytucjonalnych trwać nadmiernie długo i okazywać wzmożoną siłę albo też w jednej z faz dziecko dozna jakiegoś przeżycia, które tej fazie nada wzmożone parcie dynamiczne. Wchodzić tu może w grę nadużycie seksualne dziecka przez służbę, rodzeństwo i t. p. Dziecko znajdujące się w fazie Edypowej, przypadkowo stać się może świadkiem aktu płciowego rodziców, które wydatnie nasili nastawienie Edypowe, albo też rodzic różnopłciowy nadmiernemi pieszczotami wzmocni normalne w tym okresie związanie erotyczne. Możliwe jest też ciągłe drażnienie odbytnicy przez robaki. Zdarza się, że samo przeżycie jest niekiedy przez dziecko sprowokowane, o ile dana faza rozwojowa była nadmiernie silna i popychała do szukania odpowiadających jej przeżyć. Dziecko jest wtedy niejako uwiedzionym uwodzicielem (Schilder, Ferenczi), momenty więc konstytucjonalne przeplatają się z przeżyciowemi. Sam uraz seksualny wraz z fazą ulega wprawdzie stłumieniu w nieświadome, pozostaje jednak słaby punkt, mówimy wtedy *o związaniu sadystyczno-analnem, Edypowem i t. p.* W wieku pokwitania scentrowanie może się wprawdzie udać, ale gdy człowiek w późniejszem życiu erotycznem dozna jakiegoś zawodu, jego życzenia seksualne biegną wstecz i to ku miejscu związania *(Fixierungstelle). Zdaniem psychoanalityków bez takiego związania niema mowy o nerwicy. Każda nerwica korzeniami swemi tkwi w dzieciętwie. To cofanie się ku wczesnym formom wyżywania się płciowego nosi nazwę regresji.* Regresji tej przeciwstawiają się jednak wyższe instancje psychiczne, następuje stłumienie na nowo do życia obudzonych pożądań dziecięcych. Stłumienie nie niweczy jednak dynamiki popędu płciowego, który prze do zaspokojenia. Rezultatem rozgrywki między popędem płciowym a instancją wyższą są objawy neurotyczne. Są one wyrazem kompromisu pomiędzy popędem płciowym a nadrzędną instancją psychiczną, jedyną formą zaspokojenia popędu, na którą nad-ja się godzi. Objawy, dajmy na to, histeryczne, nie przypominają wprawdzie w niczem znanych nam form zaspokajania popędu płciowego, ale to zniekształcenie jest skutkiem działających w nieświadomem sił, które wywołały t. zw. zagęszczenie i przesunięcie (regresja formalna). Kwestję, dlaczego w danym wypadku powstaje histerja (konwersja ku sferze somatycznej), w innym zaś fobje lub natręctwa myślowe pominiemy, ponieważ wymagałoby to szerokiego omówienia, wykraczającego poza zgóry zakreślone rozmiary tej pracy.

W myśl więc teorji psychoanalitycznej w każdej nerwicy mamy wieloczłonowy łańcuch etjologiczny. Związanie z okresu dziecięctwa — Zawód w późniejszem życiu erotycznem — Regresja — Walka z regresją i stłumienie — Powstanie objawów neurotycznych.

Ten sztywny schemat nie wyczerpuje wszystkich możliwości, jest nazbyt jednostronny i skostniały. Nie przeczymy, że nierzadko natrafiamy w etjologji nerwic na wczesne urazy seksualne. Ten stan rzeczy nie stanowi jednak zasady. Pacjenci na-

pierani przez analityków bardzo często zmyślają dziecięce przeżycia seksualne, co zresztą nie uszło uwagi Freuda. Coprawda, zmyślona przygoda zdradza charakter fantazji seksualnej, ta jednak mogła się równie dobrze ukształtować w wieku pokwitania lub jeszcze później. Tłumaczenie tych fantazyj pamięcią szczepową (Freud) należy już do metafizyki psychoanalitycznej.

Własne doświadczenie pouczyło mnie, że decydujący jest zawsze okres pokwitania. Urazy seksualne wczesnego dziecięctwa są znacznie częstsze, niż się wogóle przypuszcza. Mimo to w drugim okresie rozwojowym t. j. w wieku pokwitania wszystko może ulec wyrównaniu, osobnik zawija bez uszkodzenia do normalnej przystani heteroseksualnej i opiera się później doskonale wszelkim zawodom erotycznym, nie wpadając w nerwicę. Gorzej jest, jeśli dziecięcy uraz seksualny padnie na specjalną glebę konstytucjonalną, nadmiernie rozbujała faza rozwojowa i związany z nią popęd częściowy ulega wtedy jeszcze większej intensyfikacji, co odbija się niekorzystnie na późniejszym procesie scentrowania. W przypadkach niepełnowartościowej konstytucji seksualnej i bez dziecięcego urazu seksualnego, okres pokwitania przebiega bardzo burzliwie. Choćby i scentrowanie popędów częściowych się udało, organizacja seksualna pozostaje chwiejna i plastyczna, późniejsze zawody erotyczne spowodować mogą łatwo wytrącenie z normalnego toru. Gdy zaś w czasie pokwitania dołączy się jakieś ujemne przeżycie seksualne, scentrowanie wogóle się nie udaje. W rezultacie mamy perwersję lub nerwicę, zależy to od stanowiska słabiej lub silniej rozwiniętych nadrzędnych instancyj psychicznych. *Nawet i bez współdziałania ujemnej konstytucji seksualnej pewne przeżycia seksualne, przypadające na okres pokwitania, mogą linję rozwojową skrzywić i doprowadzić do perwersji lub nerwicy.* Niepełnowartościowa konstytucja seksualna jest przeważnie wbudowana w ogólną konstytucję psychopatyczną, tłumaczy to oddawna przez klinicystów zaobserwowany fakt, że nerwica tak często łączy się z psychopatją.

Za centralnem znaczeniem wieku pokwitania przemawia przebieg nerwicy. Dokładnie ściągane wywiady pouczyły mnie, że i w przypadkach, w których wybuch nerwicy czasowo znacznie odbiegał od wieku pokwitania, zawsze dały się stwierdzić nici wiodące wstecz. W latach między 15 a 18 rokiem życia pacjenci przeszli jakieś krótkotrwałe stany lękowe lub inne objawy neurotyczne, o których nie wspominają, bo nie łączą ich z aktualnem schorzeniem, albo też o nich zapomnieli i dopiero odpowiednie pytania pobudzają przypomnienie.

Widzimy więc, że z trudem osiągnięte wyrównanie dało tylko równowagę chwiejną, która pod wpływem późniejszych zawodów erotycznych z łatwością ulega zaburzeniu. Nastąpiła regresja do zboczonego popędu częściowego, stłumienie i nerwica. Nerwica w tem ujęciu jest więc *„negatywem perwersji"* (Freud). W przeciwieństwie jednak do tego autora przyjmujemy, że związanie nie musi sięgać aż do wieku dziecięcego. Ma to doniosłe znaczenie nietylko teoretyczne, ale i praktyczne. Zasada lecznicza wedle klasycznej metody Freuda polega na odsłonięciu dziecięcej podstawy każdej nerwicy. Wymaga to bardzo długiego czasu, ponieważ musimy podnieść zasłonę, pokrywającą dziecięctwo pacjenta, aż do trzeciego roku życia, aby natrafić na chorobotwórcze przeżycie. W niektórych szczególnie ciężko ustrukturowanych przypadkach jest to przykra konieczność. Przeważnie jednak uraz dziecięcy albo wogóle nie istniał albo też jest bez znaczenia.

Zwykle postępuję w sposób następujący: Staram się przedewszystkiem odkryć bezpośrednią przyczynę nerwicy t. j. aktualny konflikt, który pobudził regresję. Następnie odsłaniam stłumiony popęd (np. homoseksualny), ku któremu nastąpiła regresja i usiłuję ujawnić pochodzenie stłumionego popędu. Wywiady prowadzą przeważnie do jakichś przeżyć pomiędzy 15 a 18 rokiem życia, które wytworzyły związanie. Niekiedy nie natrafiamy wogóle na jakieś wyraźnie zarysowane przeżycie w przeszłości, dzieje się to tam, gdzie przeważają momenty konstytucjonalne, które jakiemuś popędowi częściowemu nadały specjalną siłę przebojową. Integracji popędów zabrakło normalnej zwartości, pozostał słaby punkt, ku któremu nastąpiła regresja i poprzez stłumienie nerwica. Nie jest to sztywny program postępowania, kolejność poszczególnych etapów podlega modyfikacji zależnie od napływającego materjału. Odkryte kompleksy i ich źródła ujawniamy pacjentowi. Stekel mówi „o ciskaniu pacjentowi kompleksu w twarz". Takie jednak obcesowe, niepozbawione akcesorjów dramatycznych, postępowanie jest niekorzystne. Terapja powinna być w ten sposób prowadzona, aby moment ujawnienia kompleksów nie był już dla pacjenta absolutną niespodzianką. Sztuka terapeutyczna polega na tem, aby kompleks niejako wyrastał w oczach pacjenta, aby się coraz ostrzej rysował, i wreszcie z niezbitą pewnością krystalizował. Waga argumentów, oparta na materjale dostarczonym przez pacjenta, powinna być tak ciężka, że wnioski ostateczne pacjentowi same się narzucają. Nie należy jednak oczekiwać, aby pacjent sam z niemi wystąpił, sprzeciwiają się temu zbyt silne opory, gdy jednak grunt jest dostatecznie przygotowany po krótszym lub dłuższym proteście, pada zasłona, następuje przejrzenie i wyleczenie. Gmach chorobowy zbudowany jest bowiem na stłumionych kompleksach, ich ujawnienie niszczy fundament skomplikowanej budowy neurotycznej, która się wtedy zapada.

Bez stłumionych kompleksów niema nerwicy, jest to zasada obowiązująca na całym obszarze nerwic psychogenicznych, bez względu na ich indywidualnie różną strukturę psychologiczną. Sprawę nerwic somatogenicznych pomijamy.

Freud i jego szkoła są jednak wyznawcami „monizmu etjologicznego", za zasadniczy moment każdej nerwicy uważają stłumiony popęd płciowy. Przyjmujemy wprawdzie za Freudem zasadę, że podstawą każdej nerwicy jest stłumienie kompleksów w nieświadome, *ale seksualny monizm etjologiczny uważamy za niesłuszny i sprzeczny z empirją kliniczną.* Tak doskonałemu obserwatorowi, jak Freud, nasunęło się oczywiście spostrzeżenie, że nerwica przynosi zysk chorobowy, pozwala unikać ciążących obowiązków lub uciec z nieznośnej sytuacji, neurotyk uzyskuje i wyzyskuje prawa chorego i t. p. Ten jednak zysk chorobowy Freud uważa za wtórny, zdobyty niejako na marginesie właściwego zysku seksualnego.

W naszych dotychczasowych wywodach nakreśliliśmy mechanizm psychologiczny nerwicy o *etjologji seksualnej,* nie znaczy to, abyśmy go *uogólniali* i rozciągali na wszystkie nerwice. Przed każdym człowiekiem staje zadanie przystosowania się do wymagań grupy społecznej, w której żyje, musi w pewnej mierze podporządkować swe interesy indywidualne wyższym obowiązkom społecznym. W tej konieczności mieści się zarodek konfliktów. Taką samą rolę dynamiczną, jak popęd płciowy, grają nieznośne afekty, związane z jakąś treścią przeżyciową. Gdy akcent uczuciowy przeżycia jest szczególnie przykry, przeżycie wraz z swym nabojem afektywnym ulega stłumieniu w nieświadome i poprzez konwersję afektu w objawy somatyczne powstaje nerwica. Motorem uruchomiającym mechanizm nerwicy jest często stłumione życzenie zachorzenia, które dostarcza momentu energetycznego dla rozwinięcia się nerwicy. Przyczyny tego życzenia mogą być najróżnorodniejsze: tkwić one mogą w nieszczęśliwych stosunkach małżeńskich, lub w chęci usprawiedliwienia przed sobą i otoczeniem chorobą własnej niewydolności życiowej. Podczas wojny dyktowane były przez instynkt samozachowawczy (histerje wojenne). W nerwicy powypadkowej wyżywa się tendencja do zabezpieczenia się przed grożącemi skutkami utraty pracy jużto ze względów zdrowotnych (jądro organiczne, na które nawarstwiają się objawy psychogeniczne), jużto rynkowych jak bezrobocie (Prager). Adler znów zwrócił uwagę na kompleks niepełnowartości i jego neurotyczne skompensowanie.

Wymienienie wszystkich momentów etjologicznych jest wprost niemożliwe, bogactwo ich jest odbiciem różnorodności i skomplikowania życia indywidualnego i społecznego. Statystycznie przeważa etjologja seksualna. Jest to zrozumiałe, skoro zważymy, że życie seksualne (nie utożsamiać z genitalnem), zaczyna się z pierwszym wdechem, a kończy nieomal z ostatnim wydechem. Obok więc zawiłości rozwojowych sama rozciągłość czasowa i ciągła potrzeba zaspokajania popędu zwiększa ilościowo możliwość konfliktów. W przeciwieństwie do popędu płciowego inne sytuacje patogeniczne, jak uwięzienie, wojna, nieszczęśliwe wypadki przy pracy i t. p. są jednak czasowo ograniczone.

Musimy jeszcze uzupełnić rynsztunek teoretyczny, potrzebny do zrozumienia konkretnego przypadku, do którego opisania zmierzamy, omówieniem praktycznego sposobu stosowania metody psychoanalitycznej.

Cel jest zgóry zakreślony, skoro objawy zanikają wraz z ujawnieniem stłumionej treści, zmierzamy do jej wydobycia. Dzieje się to dwojaką drogą: a) *przez wolne kojarzenie,* b) *przy pomocy analizy snów.* Ważniejsza jest analiza snów, którą Freud słusznie uważa za *„via regia"* do nieświadomego.

W myśleniu codziennem kierujemy się zawsze ku jakiemuś tematowi. Z napływającego materjału asocjacyjnego zużytkowujemy tylko te kojarzenia, które leżą na linji naszych myślowych tendencyj determinacyjnych, inne usuwamy. W przeciwnym razie myślenie nasze byłoby chaotyczne, bieglibyśmy za nićmi prowadzącemi od poszczególnych kojarzeń w najrozmaitszych kierunkach, zatracając po drodze cel, który zakreśliliśmy sobie u wyjścia.

Stosując metodę wolnego kojarzenia układamy pacjenta na kanapie, każemy mu się wyzbyć wszelkiej aktywności psychicznej, pacjent poddaje się napływającemu materjałowi asocjacyjnemu, nie tłocząc go w żadne koryto, ani nie próbując go układać w związki logiczne. Napływające myśli wypowiada głośno,

nie wolno mu wprowadzać żadnej selekcji, nie powinien też odrzucać pomysłów zdaniem jego mniej ważnych lub absurdalnych i zatajać jakichś szczegółów intymnych, które chce zachować dla siebie, ponieważ nie mają one jego zdaniem znaczenia dla powstania choroby i jej leczenia. Takie bezwładne niejako myślenie, idące samopas, z wyłączeniem uwagi, prowadzi do wydobycia na wierzch treści stłumionych, pobudzonych swobodnie napływającemi kojarzeniami. Tą drogą stłumiona treść może przejść przez t. zw. cenzurę, rządzącą na granicy między świadomem a nieświadomem, od której zależy przepuszczanie materjału myślowego do świadomości. Czujność cenzury słabnie wraz z obniżonem napięciem uwagi. Tę właśnie okoliczność wyzyskujemy, wprowadzając w miejsce uważnego, dowolnego myślenia, wolne kojarzenie. Cenzura ulega w ten sposób przesianiu, do świadomości dostają się jakieś strzępy lub fragmenty przeżyć, które pobudzają pacjenta do zrekonstruowania całości.

Nie jest to metoda łatwa, wymaga wiele czasu, pozatem niektórzy pacjenci nie potrafią się wogóle wyzwolić z nawykowych więzów celowego myślenia. Metoda jest wprawdzie pomyślana, jako wiercenie kanałów ku nieświadomemu, oddaje jednak wedle mego doświadczenia bardzo owocne usługi uboczne. Wszak i wolne kojarzenia nie są zawieszone w próżni, są nieuporządkowane, ale zahaczają o przeżycia pacjenta, oddają wszystko to, co nurtuje w pacjencie, krążą dookoła ważnych wydarzeń, życzeń, tęsknot, zawodów, obaw i t. p., *niekoniecznie stłumionych*, ale bardzo ważnych dla ogólnego rozeznania się w sytuacji życiowej pacjenta. W ten sposób uzyskujemy niejednokrotnie klucz do zrozumienia przyczyny ucieczki ku chorobie. Otrzymujemy więc tą drogą bardzo cenny materjał, który uzupełniam zwykle, polecając sobie podać treść *marzeń na jawie*. W nich bowiem odzwierciadlają się również nieziszczone życzenia i sny o potędze. W czasie snucia tych marzeń na jawie, słabnie również działanie cenzury, a to na skutek stosunku człowieka marzącego do swych marzeń. Uważa je za igraszkę, za coś miłego ale pozbawionego realnego znaczenia, stąd bardziej liberalny stosunek cenzury do marzeń na jawie.

Zgodnie z Freudem musimy jednak uważać sny za *via regia* do nieświadomego. W czasie snu, na skutek swoistego stanu świadomości, słabnie, choć nie zanika zupełnie, działanie cenzury. W czasie snu toczy się prawdziwie dramatyczna walka pomiędzy „ja kulturalnem a ja popędowem" (Stekel), walka ta znajduje swe odbicie we śnie. Wedle Freuda w snach ziszczają się życzenia, których napór nie ustaje wraz z zaśnięciem. Parcie to obudziłoby śpiącego, gdyby sen nie wyczarowywał spełnienia życzeń. Ten charakter życzeniowy leży jak na dłoni w snach dziecięcych i w niektórych snach ludzi dorosłych. Głodny śni o uczcie, w której bierze udział, spragniony nasyca pragnienie, w snach treści seksualnej, które kończą się często zmazaniem nocnem, wyżywa się niezaspokojony popęd płciowy. Niekiedy jednak spełnienie życzeń natrafia na sprzeciw cenzury. Dotyczy to tych życzeń, które na jawie uległy stłumieniu i nie są dopuszczane przez cenzurę do świadomości. Działanie cenzury po zaśnięciu jest słabsze, nie potrafi ona tych życzeń całkowicie stłumić, toteż przedostają się one do snu w formie zniekształconej. Mamy tu analogję do życia politycznego (Freud). Przy silnie srożącej się cenzurze, prasa przemyca pewne wiadomości w formie zniekształconej, ale przejrzystej i zrozumiałej dla człowieka orjentującego się w stosunkach politycznych kraju. Analityk znający prawa rządzące mechanizmem psychologicznym snu, za jawną treścią snu *(manifester Trauminhalt* — Freud), potrafi z pomocą analizowanego pacjenta odszukać właściwy, utajony sens *(latente Traumgedanken)*. Podobnie bowiem, jak czytelnik obcy nie zorjentowałby się w aluzjach jakiejś gazety abisyńskiej, nie znając stosunków politycznych w Abisynji, choćby nawet znał konstytucję kraju, tak i analityk nie potrafiłby snu wytłumaczyć, nie mając jakichś uchwytnych elementów, jako materjału do interpretacji, nawet gdyby znał prawa rządzące budową snu. Tych elementów dostarcza pacjent, od którego żądamy, aby do całego snu i do poszczególnych jego odcinków podał swe własne kojarzenia, nie stosując podobnie jak przy wolnem kojarzeniu żadnej selekcji. Badanie odbywa się więc na podobieństwo eksperymentu asocjacyjnego (Wundt, Jung), w którym pacjent na podaną przez badającego podnietę słowną, odpowiada pobudzonem przez tę podnietę słowem skojarzonem (np. na róża-kwiat), tylko miejsce szeregu podniet słownych skonstruowanych przez badającego, zajmują tu elementy własnego snu osobnika analizowanego. Pozatem pytamy jeszcze pacjenta, które zdarzenie z dnia poprzedniego pobudziło sen, będący przedmiotem analizy.

Mając te elementy, staramy się ze zniekształconej przez cenzurę jawnej treści snu wydobyć jego utajony sens. W tym celu znać musimy sposoby, jakiemi posługuje się sen dla ominięcia cenzury, która jest wyrazem oporu przed ujawnieniem stłumionej treści. Omówimy z nich najważniejsze, ponieważ bez ich znajomości podana poniżej interpretacja snów pacjenta, otwierająca nam szeroki dostęp do zrozumienia struktury psychologicznej jego niemocy płciowej, byłaby dla czytelnika, nieznającego zasad psychoanalizy, zupełnie niezrozumiała.

Niektóre zbyt drastyczne szczegóły ulegają wogóle wymazaniu, w jawnej treści snu mamy luki, przerwane luźnemi fragmencikami lub aluzjami (podobnie jak białe plamy w gazecie), z których potem przy pomocy asocjacyj pacjenta rekonstruujemy wykreślone przez cenzurę utajone myśli snu. Albo następuje *przesunięcie akcentu*, cała akcja snu centruje się dookoła niewinnych zdarzeń, one są wysunięte na czoło, podczas gdy istotna, najważniejsza treść tłucze się gdzieś na uboczu. Tak np. treść jednego z poddanych analizie snów kręci się dookoła baraszkowania z kotką, na marginesie zaś występuje siostra pacjenta, jej pojawienie się jest skwitowane krótką uwagą — „zdaje mi się, że siostra też była przytem obecna", w rzeczywistości zaś siostra odgrywa w tym śnie (w utajonych myślach snu) rolę centralną. Inny znów chwyt to *przesunięcie akcentu afektywnego*, niewinne zdarzenie jest przeżywane we śnie z silnym afektem, ściąga na siebie niejako całą uwagę, zdarzenie zaś istotne, najważniejsze, przebiega sobie mimochodem. Tam zaś, gdzie śnimy rzekomo banalną treść z uczuciem lęku, za niewinną akcją kryje się zniekształcony przez cenzurę sen seksualny, który się chowa za jakiemiś symbolami lub aluzjami. *We śnie dzieje się wtedy to samo, co w fobjach. Stłumiona libido ulega przemianie w lęk.*

Nie wszystkie zniekształcenia wywołane są oporem stawianym przez cenzurę, niektóre z nich powstają na skutek swoistych praw, rządzących formowaniem snu. W śnie odbywa się bowiem regresja do pierwotniejszych form myślenia. *Język snu nie umie wyrazić pojęć abstrakcyjnych, musi się posługiwać mową obrazową*, nabiera dlatego często wprost charakteru rebusowego. Śni się np. pacjentowi, że znajduje się w pokoju, zapełnionym książkami o treści seksuologicznej, w oszklonych zaś szafach widzi sztuczne narządy rozrodcze z gumy i gipsu. Sen ten oznacza — „jestem na posiedzeniu psychoanalitycznem". Albo fragment innego snu: „odrzucam arabski dywanik modlitewny". Znaczy to: Łamię przeszkody etyczne, przymiotnik arabski jest znów aluzją do zapędów haremowych pacjenta. W jeszcze innym śnie brat jednego z pacjentów, ubrany w mundur podpułkownika, wybiera się na daleki spacer. Sen ten wyraża stłumione życzenie, aby brat umarł. Daleki spacer równa się spacerowi w zaświaty, zrozumiemy zaś łatwo, co oznacza mundur podpułkownika, biorąc pod uwagę pierwszą asocjację pacjenta — „znajomy mój, podpułkownik H. popełnił samobójstwo". W tym wypadku przetłumaczenie na język obrazowy zniekształciło równocześnie stłumione życzenie tak, że cenzura je przepuściła. *Dalszą cechą formalną snu jest zagęszczenie.* Sen stara się w formie jaknajbardziej skondensowanej przedstawić jaknajwięcej zdarzeń. Jest zawsze wielowarstwowy, przebiega w nim kilka wątków jednocześnie. Poszczególne fragmenty są punktami węzłowemi. Są one tak zbudowane, że mogą symbolizować rozliczne, choć czasowo od siebie odległe zdarzenia, od fragmentów tych biegną nici w rozmaitych kierunkach. Zilustrujemy to przykładem: W jednym z fragmentów snu śniący znajduje się w hotelu krakowskim. Za tą fasadą kryje się wielowarstwowa treść. Śniący w przeddzień snu istotnie był w hotelu krakowskim, w Krakowie nie powiodła się pierwsza próba obcowania płciowego, do Krakowa wyszła zamąż siostra, z którą jest podziśdzień erotycznie związany. Jedna postać przedstawiać też może we śnie kilka osób, które mają jakieś wspólne cechy charakterowe lub czysto zewnętrzne.

Ogromne znaczenie ma też symbolika we śnie. Szczególnie bogata jest symbolika narządów płciowych. I tak wszystkie ostre, wydłużone lub pęczniejące przedmioty mogą symbolizować prącie, przedmioty zaś posiadające otwory, jak pudło, skrzynka i t. p. symbolizują pochwę. Wymienienie wszystkich symboli genitalnych zajęłoby zbyt dużo miejsca. Znajomość tych symboli opiera się nietylko na analizie snów, ale także na folklorze i na psychologji etnologicznej. Jest to jednak najsłabszy punkt psychoanalizy, panuje tu zbyt wielka dowolność i naciąganie. Symbolika jest szczególnie nadużywana przez psychoanalityków wiedeńskich, którzy przez odpowiednio naciąganą symbolikę, otrzymują możność seksualnego tłumaczenia wszystkich bezmała snów. Oczywiście symbole są nietylko używane na określenie narządów rozrodczych. I tak przymiotnik „lewy" oznacza przeważnie we śnie coś występnego, zboczonego (Stekel). We własnem doświadczeniu znalazłem potwierdzenie tego poglądu. U pacjentów przeze mnie analizowanych znalazłem jako symboliczne określenie *cunnilingus* lub *fellatio*, wyjazd do Paryża lub Francji, wyjazd znów do Niemiec oznacza akt homoseksualny. Wytłumaczenie tych symboli jest proste, w mowie potocznej mówi się często o amatorach miłości francuskiej, Niemcy zaś, w szczególności Berlin, znane są z masowego homoseksualizmu. Pobyt w pokoju, w którym z ulicy wszystko widać, symbolizuje, jak to na

konkretnym przykładzie później wykażę, akt ekshibicjonistyczny. Stekel podał rozliczne symbole na określenie śmierci, masturbacji i t. p., niektóre są słuszne, większość jest jednak naciągana. W własnej praktyce staram się w tłumaczeniu snów jaknajmniej opierać na gotowej symbolice. Czynię to tylko w ostateczności i tam, gdzie z całej treści snu znaczenie symbolu wynika wprost niezbicie. Tam, gdzie kojarzenia analizowanego są skąpe, znajomość symboliki jest dużą pomocą. Wytłumaczenie znaczenia symbolu pacjentowi otwiera wprost śluzy asocjacyjne, napływają wtedy masowo asocjacje, które potwierdzają w danym konkretnym przypadku słuszność zastosowanej wykładni. Pozatem występuje dość często, jak mnie własne doświadczenie pouczyło, identyczna utajona treść snu w kilku odmiennych jawnych wersjach. Ta sama treść przebija się raz bardziej wyraźnie, drugim zaś razem w formie zawoalowanej, symbolicznej. Porównanie obu snów pozwala na odkrycie znaczenia symbolu. Godne uwagi jest, że przeważnie symbole mają to samo znaczenie dla wszystkich ludzi, na tem zasadza się znaczenie znajomości symboliki.

Sen nie umie też wyrazić pewnych kategoryj logicznych jak np. związku przyczynowego między dwoma zdarzeniami. Występują one we śnie po sobie, kolejność miejsc symbolizuje związek przyczynowy, zdarzenie przyczynowe poprzedza skutek. Wypada jeszcze dodać, że niektóre właściwości występujące we śnie należy rozumieć *odwrotnie*, wielki może oznaczać mały i t. p. Wiąże się to z regresją formalną we śnie, w pramowie nie istniały bowiem dla przeciwieństw specjalne określenia, towarzyszący gest tłumaczył znaczenie *(Gegensinn der Urworte* — Freud).

Tam, gdzie idzie o skrócenie czasu leczenia, znajomość techniki tłumaczenia snów jest nieodzowna, prowadzi do bardzo szybkiego odkrycia utajonych kompleksów, które są zazwyczaj w snach reprezentowane. Naturalną jest rzeczą, że nie można się opierać na analizie kilku tylko snów i tak sny homoseksualne lub Edypowe w formie przeważnie zniekształconej, (bywają i dość przejrzyste), spotyka się u ludzi zupełnie normalnych. Tylko więc częstotliwość, powiedzmy typowość pewnych snów, rzuca światło na utajone kompleksy.

Z ujawnieniem właściwego znaczenia snu nie należy się zbytnio spieszyć, teren należy przygotować powolnie, aby nie zwiększać i tak istniejącego oporu. Opór ten musi się pokonywać powoli i konsekwentnie, bez stosowania sztuczek huzarskich.

Stanowisko Freuda, że sny odbijają zawsze tylko życzenia człowieka, jest niesłusznem uogólnieniem. Przejawiają się w nich również obawy (sny ostrzegawcze), wątpliwości, refleksje i t. p. Ma to doniosłe znaczenie praktyczne, w snach wyraża się często stanowisko chorego do leczenia analitycznego, ujawnia się przyjęcie lub opór i odrzucenie pewnych rozwiązań; można z nich odczytać, jak później na konkretnych przykładach wykażemy, rokowanie. *Niektóre sny mają wyraźny charakter ozdrowieńczy.*

Dok. nast.

L. WACHHOLZ. Kraków.

Uwagi w sprawie dochodzenia dziewiczości.

Są tematy, których aktualność zdaje się być niespożytą, przedewszystkiem dlatego, że poruszanie ich nawet wielokrotne nie zapobiega popełnianiu błędów i pomyłek z ich zakresu. Do takich tematów należy np. temat o dochodzeniu dziewiczości.

Zdawałoby się, że tylokrotnie powtarzane zdanie św. Hieronima *„difficilis res virginitas"*, jest już chyba tylko paradoksem, skoro stwierdzanie dziewiczości polega nie na jakiemś zawiłem i technicznie żmudnem badaniu, lecz tylko na dokładnem wzrokowem spostrzeganiu. Niestety, trzeba sobie nieraz uprzytamniać w tych razach zdanie, że patrzą, lecz nie widzą, lub że, jak się wyraził św. Cyprjan, *„oculi (eorum) saepe falluntur"*. Że rozpoznania stanu dziewiczości przez lekarzy są tak często błędne, tłumaczy się w głównej mierze tem, że w ciągu studjów lekarskich błonie dziewiczej tak anatomowie, jak i ginekolodzy poświęcają zbyt mało uwagi, nie przypisując jej żadnego znaczenia. Tymczasem znajomość tej błony jako wyłącznego znamienia dziewiczości jest dla lekarza bardzo ważna, mianowicie wtedy, gdy chodzi o stwierdzenie nierządu, dokonanego z dziewicą, lub gdy chodzi o to, czy małżeństwo zawarte z dziewicą było zarazem spełnione (a więc *in casu matrimonii rati, sed dubitanter consummati).*

Lekarze popełniają w przypadkach wyżej wymienionych jako biegli najczęściej dwa zasadnicze błędy. Pierwszy błąd polega na tem, że nie umieją wogóle dostrzec błony dziewiczej, drugi zaś na tem, że świadomi swego niedoświadczenia *in puncto* stwierdzania istnienia błony dziewiczej, a tem więcej jej kształtu i całości uciekają się w tych razach drogą zbytecznych a nawet dla sprawy szkodliwych badań do wynajdowania innych rzekomych znamion utraconego dziewictwa. Dawnemi czasy, gdy nie umiano rozpoznawać błony dziewiczej i uważano ją za twór wyjątkowy i rzadki, poszukiwano z konieczności innych znamion utraconego dziewictwa. Za takie uważano [1]) np. obrzmienie szyi [2]), zmianę barwy sromu, jędrności i barwy sutków, rzekome zmięknięcie skrzydełek nosowych (Jan Scotus), zmianę blasku oczu, dźwięku mowy, a wreszcie pojawienie się wonnej ekshalacji powłok skórnych, która ma nie istnieć u dziewic, bezpiecznych wskutek tego przed pszczołami w myśl zdania starożytnych, że *„virgines ab apibus, irritatis licet, minime feriuntur"*. Jak wymienione tu zmiany są bądź tylko zmianami hipotetycznemi, bądź nawet realnemi, lecz stanowiącemi tylko skutki zajścia w ciążę, taksamo i zmiany w pofałdowaniu błony śluzowej pochwy i zmiany w zbitości i w kształcie macicy oraz w zachowaniu się ujścia zewnętrznego części pochwowej stanowią również tylko zwykłe znamiona ciąży. Tak więc badanie *„per vaginam"* zachowania się pochwy, macicy i t. d., podejmowane zwykle przez ignorantów błony dziewiczej w przypadkach, w których chodzi o stwierdzenie, czy badana kobieta jest jeszcze dziewicą, jest nietylko zupełnie zbyteczne jako bezcelowe, ale nawet dla samej sprawy szkodliwe. Że tak jest w rzeczywistości, dowodzi tego przypadek, oceniany przeze mnie dla sądu. Młoda kobieta domagała się unieważnienia swego małżeństwa spowodu rzekomego niespełnienia przez męża obowiązku małżeńskiego. Jeden z badających ją znawców znalazł u niej błonę dziewiczą półksiężycowatą w stanie nienaruszonym i na tej podstawie potwierdził treść skargi małżonki, drugi natomiast znawca, choć się rozpisał szeroko o sposobie swego badania przy pomocy wziernika pochwowego, zbył najważniejszy opis błony dziewiczej krótko słowami, że „błona dziewicza posiada szeroki i rozciągliwy otwór". Na tej podstawie doszedł ten znawca do przekonania, że *„immissio penis in vaginam"* musiała się u badanej odbyć wielokrotnie. Badanie moje potwierdziło o tyle wynik badania I. znawcy, że błona dziewicza była w istocie półksiężycowatą, jednakowoż posiadała po jednej stronie wyraźną przerwę. U męża badanej stwierdziłem wyraźny infantylizm i niedorozwój umysłowy. Na podstawie powyższego wyniku zbadania męża i na podstawie zgodnego podania obu stron, że w czasie krótkiego wspólnego pożycia nie doszło między nimi do aktu płciowego, orzekłem, że niedokonanie aktu płciowego przez małżonków jest nietylko nie wykluczone, lecz najbardziej prawdopodobne. Ponieważ atoli *hymen* tej kobiety był z jednej strony przerwany, zatem przerwanie to mogło pochodzić albo ze stosunku jej odbytego w tym czasie z innym mężczyzną, albo z niefortunnego badania dziewiczych jej genitaljów zapomocą wziernika pochwowego. W czasie rozprawy zeznał ów drugi znawca jako świadek, że zauważył zaraz po swem badaniu nieznaczne krwawienie ze sromu badanej, które przypisał rzekomo rozpoczynającej się menstruacji. Po tem zeznaniu oświadczyłem sądowi w swej opinji z głębi przekonania a zarazem w zgodzie z zasadą *„in dubiis mitius iurare"*, że przerwanie błony dziewiczej nastąpiło u badanej niezawodnie przy wprowadzeniu wziernika do pochwy. Obecny w tym czasie sprawca defloracji zapomocą wziernika przyjął opinję moją bez zastrzeżeń do wiadomości.

Inny przypadek, który miałem sposobność niedawno oceniać, potwierdza poprzednie moje uwagi a zarazem ujawnia jeszcze inne błędy i niezręczności znawców przy dochodzeniu dziewictwa.

Anna R. wyszła w 31 roku życia za młodszego od siebie, zamożnego syna gospodarskiego zamąż. Mąż Anny uchodził we wsi za „głupkowatego". Po ślubie dzielili nowożeńcy wspólne mieszkanie i łoże rzekomo tylko przez 4 doby, przyczem młody małżonek nietylko się nie zbliżył do swej żony, lecz nawet spoczywając z nią w jednem łóżku, odgradzał się od niej pierzyną z obawy przed zetknięciem się z nią. W 5 dniu porzucił dom

---

[1]) Porównaj zajmującą monografję prof. Giedroycia: Odwieczny spór o błonę dziewiczą. Warszawa 1934.

[2]) O zmianie tej tak się wyraża Goethe w swym 102 epigramacie:

„Coś mi nabrzękła szyja! tak się trwożnie żali
Dziewczę. — Przyjm tę pociechę szczerą z moich ust:
Wenery dłoń cię dotkła, więc nic nie ocali
Wdzięku twojego ciała; straci kształt twój biust
A postać twoja zwykłą smukłość, moje dziecię;
Nabrzękniesz cała; na nic ci już żaden strój! —
Ogrodnikowi szepcze spadające kwiecie,
Że plon brzęknący wynagrodzi jego znój."

(przekład własny)

swej żony i wrócił do swej matki, która się miała później wyrazić, że synowi jej „żony na nic nie trza". W 3 lata od ślubu wniosła małżonka przez męża tak sromotnie opuszczona do Sądu diecezjalnego prośbę o unieważnienie jej małżeństwa. Sąd ten polecił doktorom J. i K. zbadać Annę R. i wydać opinję, czy zawarte przez nią małżeństwo zostało cieleśnie dokonane.

Dr. J. stwierdził u Anny R. błonę dziewiczą z przegrodą *(hymen septus)*, poczem podał następujący wywód (dosłownie): „brzegi błony dziewiczej są bez wrębów, to znaczy nie było przedarcia błony, jednak jest ona tak rozciągliwa, że z łatwością przeprowadza się palec do pochwy. Rozciągliwość błony dziewiczej przy utrzymaniu jej przegrody i przy braku wrębów na brzegach błony *dowodzi, że badana uprawiała samogwałt.* Wskutek samogwałtu błona dziewicza nie przedziera się. Natomiast podczas spółkowania uległaby przedarciu przegroda błony dziewiczej jak również brzegi jej". Wkońcu zaznacza dr. J., że badana jest jeszcze dziewicą, a więc że nie obcowała jeszcze płciowo z mężczyzną.

Dr. K. znalazł u Anny R. stan odmienny od stanu opisanego przez Dr. J. Stan ten opisał w sposób następujący (dosłownie): „błona dziewicza *pierścieniowata z częściowo zachowaną przegrodą (!)* ze starym wrębem tuż bliżej krocza. Wejście do pochwy przepuszcza swobodnie dwa palce... szyjka macicy długa o formach dziewiczych. Otwór zewnętrzny macicy kształtu okrągłego bez wrębów... Na podstawie badania orzekam, iż Anna R. nie okazuje dowodów dziewiczości. Przedarta *nieco (!)* błona dziewicza a zwłaszcza łatwe wejście do pochwy są *dowodem przebytego spółkowania".*

Zasadnicze sprzeczności wywodów badania i opinji obu znawców zniewoliły Sąd diecezjalny do zwrócenia się do Sądu metropolitalnego w Krakowie z prośbą o poddanie rewizji powyższych opinij. Ponieważ rewizyjną opinję można było wydać tylko po ponownem zbadaniu, przeto wezwany do jej wydania poprosiłem o zaproszenie Anny R. do stawienia się osobistego.

Wynik badania mego, które dokonałem zgodnie z przepisami nowego kodeksu kanonicznego w południe przy pełnem świetle dziennem na krześle do badań ginekologicznych w obecności zaprzysiężonej matrony R., opiewał odnośnie do stanu stwierdzonego w częściach płciowych Anny R. następująco: „wejście do pochwy zamyka błona dziewicza przegrodowa *(hymen septus)* o dwóch otworach, z których prawy jest nieco większy. Błona dość mięsista nie wykazuje nigdzie żadnego naruszenia swej ciągłości a w szczególności nie okazuje żadnych wrębów u wolnych brzegów otworów". Po tym wywodzie, pomijającym zupełnie zbyteczny opis macicy, której zbadanie przez pochwę musiałoby zresztą narazić błonę dziewiczą na możliwość przedarcia, umieściłem opinję moją następującej treści:

1) Stwierdzona u Anny R. błona dziewicza przegrodowa w stanie zupełnie nienaruszonym wskazuje, że do pochwy badanej nie wprowadzono jeszcze dotąd ciała obłego sztywnego, w szczególności członka męskiego w stanie wzwodu, wobec czego nie może ulegać wątpliwości,

2) że Anna R. jest jeszcze dotąd dziewicą, a więc nie miała jeszcze dotąd stosunku płciowego z mężczyzną.

3) U Anny R. nie stwierdza badanie żadnej takiej wady, którаby ją czyniła wogóle, a zarazem trwale niezdolną do spełniania powinności małżeńskiej.

Tak więc rozstrzygnąłem sprawę Anny R. merytorycznie w zgodzie z głównym ustępem opinji dr. J., który rozpoznał zupełnie trafnie kształt i stan nienaruszony błony dziewiczej Anny R. i trafnie uznał ją dziewicą. Atoli mimo zasadniczej trafności opinji dr. J. mieści ona dodatki dla sprawy zbyteczne a zarazem nieuzasadnione. Najpierw zbyteczne było wprowadzanie palca przez jeden z otworów błony do pochwy ze względu na możliwość przedarcia błony z przykremi jej następstwami dla sprawy przy dalszych badaniach przez innych znawców. Jeszcze bardziej zbytecznym był dodatek zaznaczający, że stwierdzona przez znawcę rozciągliwość błony dowodzi, że badana uprawiała samogwałt. Dowód ten, który ma utwierdzić rozpoznanie uprawiania przez badaną samogwałtu, zaczerpnął znawca zapewne z dawnych opowiastek o „paluszkowaniu". Samogwałt u kobiet nie polega na wprowadzaniu palca do pochwy, a tylko na mechanicznem drażnieniu łechtaczki i opuszek przedsionkowych. Zresztą nie posiadamy, szczególnie u kobiet, takiego kryterjum, któreby stanowiło nieomylny dowód oddawania się samogwałtowi. Dlatego też twierdzenie, że Anna R. „uprawiała samogwałt", było nieuzasadnione i niewłaściwe, a mogłoby być przez badaną zaczepione jako jej uwłaczające w publicznym dokumencie. Nie dobrze jest wypowiedzieć w opinji sądowej za mało, o wiele gorzej jeszcze wypowiedzieć za dużo i to rzeczy zbytecznych.

Wywód i opinja dr. K. nie miały nic wspólnego z rzeczywistością jako w całości i w szczegółach wytwory fantazji, niepodlegającej krytyce naukowej. Błony dziewiczej „pierścieniowatej z częściową przegrodą" dotąd jeszcze nikt nie opisał.

Dr. E. OSIŃSKI. Warszawa.
Dr. J. DYBOWSKI.
DR. W. PĘZIŃSKI.

Spostrzeżenia kliniczne nad odczynem Biernackiego w durze wysypkowym.

Z sali 5 i 6 Szpitala Św. Stanisława w Warszawie.
Ordynator: Dr. E. Osiński.

Odczyn opadania ciałek czerwonych krwi, zwany inaczej odczynem Biernackiego, jest w chwili obecnej przedmiotem licznych badań w rozmaitych działach patologji.

Badania te dotyczą nietylko zachowania się samego odczynu, t. j. określenia jego stopnia, ale również mechanizmu jego powstawania.

Pod tym jednak ostatnim względem poglądy autorów nie są zgodne.

Już E. Biernacki, który pierwszy zajął się badaniem tego zjawiska (1894 r.), w sedymentacji nie widział sprawy czysto mechanicznej opadania na dno ciałek czerwonych, jako tworów gatunkowo cięższych od osocza, i na zasadzie swych badań nad krwią nieodwłókniona i odwłóknioną był zdania, że na opadanie krwinek wpływa zawarty we krwi fibrynogen i że zwiększenie się zaczynu włóknika przyśpiesza sedymentację. Pogląd Biernackiego co do wpływu fibrinogenu na odczyn opadania czerwonych ciałek krwi podzielają współcześni badacze: Linzenmayer, Starlinger, Frisch, St. Sterling, przyczem dwaj ostatni zwiększoną ilość fibrynogenu uzależniają od zwiększonego rozpadu tkanek, uważając rozpad czerwonych krwinek za równoznaczny z rozpadem innych tkanek.

Zdaniem niektórych autorów opadanie ciałek czerwonych ma zależeć od stosunku albumin do globulin (norma 3 : 2): zwiększenie się ilości globulin przyśpiesza opadanie.

Inni badacze uzależniają opadanie krwinek czerwonych od zjawiska autohemoaglutynacji.

Fahreus sądzi, że na opadanie krwinek czerwonych wpływa zmniejszenie się elektroujemnego naładowania krwinek przy jednoczesnem zwiększeniu się frakcji globulinowej osocza krwi. Fibrynogen zaś (zaliczany do globulin) i globuliny, jak to wykazał Höber i Mond, są naładowane elektrododatnio, a przeto działają wyładowująco na krwinki czerwone. Również zwiększają one lepkość krwinek czerwonych (lepkość globulin jest dwukrotnie większa od lepkości albumin), wskutek czego przyśpiesza się opadanie krwinek czerwonych. Ta elektryczna teorja opadania czerwonych ciałek krwi upowszechnia się coraz bardziej i znajduje potwierdzenie w ostatnich badaniach Westergren'a, Theorell'a i Windström'a.

Wöhlisch sedymentację czerwonych ciałek krwi uważa za zjawisko podobne do krzepnięcia krwi. Drobne niteczki, tworzące się z fibrynogenu, wiążą krwinki w większe skupienia, przyśpieszając opadanie.

Niewątpliwie jednak szybkość opadania czerwonych ciałek krwi zależy od zespołu wielu czynników, a mianowicie: od czerwonych ciałek krwi (ich wielkości, ich liczby, zawartości w nich Hb) i od osocza (jego lepkości, stopnia zakwaszenia ustroju, zawartości cholestearyny, stosunku albumin do globulin i t. d.).

Jedne z tych czynników przyśpieszają opadanie krwinek czerwonych: rozwodnienie krwi i leukocytoza (Biernacki), duże wymiary czerwonych ciałek krwi, zwiększona ilość Hb w krwinkach, lepkość surowicy krwi (Naegeli), zwiększona ilość cholestearyny (Kürsten), globulin, wysoka ciepłota otoczenia (Cordier i Pontifique i inni), inne zaś czynniki wpływają hamująco na opadanie czerwonych ciałek krwi: małe wymiary, i zwiększona ilość ciałek czerwonych krwi, silniejsze zakwaszenie krwi (Naegeli), i t. d. Od wzajemnego ustosunkowania się tych czynników przyśpieszających i hamujących opadanie zależy szybsze lub powolniejsze opadanie czerwonych ciałek krwi.

Norma opadania czerwonych ciałek krwi dla mężczyzn wynosi 1—3 mm, dla kobiet 3—7 mm po godzinie (met. Westergren'a); różnicę tę autorzy tłumaczą większą zawartością w surowicy krwi kobiet fibrynogenu, który wraz z globuliną, jak to zaznaczono wyżej, ma wpływ duży na szybkość opadania czerwonych ciałek krwi.

Tablica I.

Szczegółowe zestawienie wyników badań nad odczynem B i e r n a c k i e g o w durze wysypkowym.

Nr. kolejny Imię i nazwisko	1 tydzień	2 tydzień	3 tydzień	4 tydzień	5 tydzień	6 i 7 tydzień	Długość trwania gorączki w dniach	Uwagi
1. G. M.	55 (4 dn.) /		15 (20 dn.)				4	Przypadek poronny.
2. F. F.	67 (5 dn.)	/20 (12 dn.)					8	
3. B. P.	27 (7 dn.)	/					10	
4. H. L.		62 (9 dn.) /		51 (27 dn.)			11	
5. M. N.		25 (11 dn.)	/				15	
6. Ł. K.		30 (14 dn.)		20 (24 dn.) /			24	
7. F. J.			30 (15 dn.) /	20 (27 dn.)			15	
8. M. K.			8 (17 dn.) /	6 (27 dn.)			19	
9. M. K.			76 (15 dn.)					Śmierć 19 dnia przy 39.8°.
10. H. K.		/55 (14 dn.)		43 (24 dn.)		12 (40 dn.)	12	
11. Sz. W.		/32 (14 dn.)		15 (27 dn.)			12	
12. M. G.		/	90 (16 dn.)	42 (28 dn.)			13	
13. T. Cz.		/	80 (18 dn.)				10	
14. G. W.			/70 (20 dn.)		35 (31 dn.)		16	
15. A. Sk.		/	55 (21 dn.)	35 (27 dn.)			13	
16. L. M.			/35 (21 dn.)		25 (29 dn.)		14	
17. J. Cz.		/		65 (22 dn.)	30 (32 dn.)		13	
18. M. P.			/	50 (24 dn.)	40 (30 dn.)		14	
19. E. P.			/	67 (26 dn.)	35 (31 dn.)		14	
20. B. W.			/	55 (26 dn.)	35 (32 dn.)		18	
21. Cz. F.				/50 (27 dn.)		30 (42 dn.)	21	
22. T. S.			/	28 (28 dn.)		25 (37 dn.)	20	
23. A. Z.				/	17 (29 dn.)	12 (40 dn.)	24	
24. J. Ł.			/		25 (30 dn.)	8 (39 dn.)	20	
25. T. S.				/	18 (32 dn.)	16 (37 dn.)	21	
26. J. S.			/		40 (32 dn.)	20 (37 dn.)	20	
27. W. K.			/20 (20 dn.)				16	
28. G. S.		/		10 (23 dn.)			13	
29. J. M.			/	60 (23 dn.)			15	
30. J. K.		/		64 (25 dn.)			12	
31. A. D.			/	62 (26 dn.)			14	
32. M. K.		65 (12 dn.) /		87 (27 dn.)			12	Ciąża 5 m.
33. J. Sz.		30 (10 dn.)	/	30 (22 dn.) 25 (28 dn.)			15	Zap. nież. płuc {od 13—15 dn. od 16 dn. stan bezgor.
34. H. K.		25 (31 dn.) /		20 (24 dn.)			13	Zap. nież. płuc {od 8—15 dn. od 14 dn. stan bezgor.
35. H. Cz.			35 (17 dn.)	35 (27 dn.)		21 (36 dn.)	17	Zap. nież. płuc {od 13—20 dn. od 18 dn. stan bezgor.
36. P. L.		16 (8 dn.) /		27 (24 dn.)			10	Zapalenie migdałków mieszkowe 21—22 dn. przy gor. maks. 38.4°.
37. M. G.			/75 (18 dn.)	86 (26 dn.)	45 (33 dn.)		17	Wyprysk wargowy do 9 dn.
38. Ch. K.			/50 (19 dn.)		27 (31 dn.)		14	Zapalenie ozębnej 12—13 dn.
39. F. P.				/90 (24 dn.)	55 (30 dn.)	20 (40 dn.)	21	Opryszczki na wargach do 9 dn. Zap. nież. płuc od 8—24 dn. ze stanem podgor., prócz ostat. 3 dni.
40. A. R.			/	90 (26 dn.)	65 (32 dn.)	35 (7 tyd.)	17	Zakrzep żyły udowej; od 24—29 dn. przy stanie podgor., 37 dn. powrót do normy.
41. A. W.			25 (19 dn.) /		22 (29 dn.) bez gor.	20 (38 dn.) bez gor.	19	Gruźlica płuc włóknista {Stan podgor. nie stale.
42. A. K.			/	20 (26 dn.)			16	„ {Od 17 dn. stan podgor. nie stale
43. H. U.			120 (16 dn.)	90 (26 dn.)		90 (37 dn.)	—	„ Zap. pęch. mocz. Zap. opł. ropne {Gor. do 38° i wyżej stale
44. J. K.			/	35 (27 dn.)			20	Dur brzuszny

Rozporządzając materjałem endemji duru wysypkowego, która wybuchła w Warszawie pod koniec stycznia roku 1934 w przytułku dla kobiet przy ul. Leszno 93, oraz kilkoma przypadkami sporadycznemi, postanowiliśmy przekonać się, jak zachowuje się odczyn opadania krwinek czerwonych w durze wysypkowym tem bardziej, że badań w tym kierunku nie znaleźliśmy w dostępnej nam literaturze polskiej i obcej.

Zbadano 44 przypadki duru wysypkowego o przebiegu lekkim, rozpoznanego na zasadzie obrazu klinicznego i dodatniego odczynu zlepnego w surowicy krwi W e i l-F e l i x'a, wykonywanego w pracowni szpitalnej (Dr. M. J a s t r z ę b s k i).

Mając do dyspozycji chorych w późniejszym okresie, przeważnie od 2 tygodnia choroby, tylko w 3 przypadkach mogliśmy zbadać odczyn ten już od 1 tygodnia i w dalszym przebiegu choroby, w 12 przypadkach badanie wykonano, poczynając od 2 tygodnia, a częściowo od początku 3 tygodnia, wreszcie w 29 przypadkach tylko w okresie bezgorączkowym.

Badania robiono w godzinach przedobiednich (między godz. 11—12). Szybkość opadania krwinek czerwonych określano metodą W e s t e r g r e n'a po godzinie, albowiem zgodnie z opinją większości badaczów już po godzinie najwyraźniej uwydatnia się wynik odczynu. Co do techniki przestrzegano skrupulatnie ustalonych prawideł: krótkotrwały ucisk żyły ramieniowej, przemywanie strzykawki izotonicznym, jałowym rozczynem cytrynianu sodu (3.8%), wypełnienie jej tymże rozczynem do 0.4 cm³ i następne nabranie krwi do 1.6 cm³, dokładne zmieszanie obu pły-

nów zapomocą parokrotnego przechylania strzykawki, a następnie po wstrzyknięciu do kieliszka wciągnięcie do rurki przyrządu; spostrzeganie przy 18—20°.

Zebrany materjał zgrupowano na tablicy 1 według tygodni choroby, oddzielając okres gorączkowy od okresu bezgorączkowego linją skośną i podając w osobnej rubryce długość trwania gorączki w dniach. Nadto przy badaniach zaznaczono dzień wykonania. Uwagi zawierają wyszczególnienie powikłań i spraw chorobowych współistniejących (razem 12 przyp.)

Analiza otrzymanych danych przekonywa nas:

1) że opadanie krwinek czerwonych jest w durze wysypkowym znacznie przyśpieszone przez cały okres gorączkowy, albowiem zamiast liczb normalnych widzimy tu już w 1 tyg. liczby 27—55—67 mm; takie same mniejwięcej liczby spotykamy w 2, a nawet w 3 tygodniu choroby podczas gorączki; wyjątek w naszym materjale stanowi przypadek 8 z nieznacznie wzmożoną szybkością opadania: 8 mm 17 dnia gorączki;

2) że w okresie bezgorączkowym, t. j. w okresie zdrowienia szybkość opadania czerwonych ciałek krwi zmniejsza się, jednak długi czas po wygaśnięciu gorączki otrzymujemy liczby duże po parę do kilku dziesiątków mm w 3 i 4 tygodniu choroby, prócz 4 jedynie przypadków (1, 8, 28, 36) z liczbami opadania nieco większemi od normy lub bliskiemi normy; w 5 tygodniu liczby te nie przekraczają paru dziesiątków mm, a w 6 i 7 tygodniu od początku choroby, opadanie krwinek czerwonych zaczyna zbliżać się do normy, dając parę dziesiątków do kilkunastu lub kilku mm;

3) że co do powikłań, to w 3 przypadkach nieżytowego zapalenia płuc o przebiegu lekkim, krótkotrwałym (przypadki 33, 34, 35) nie zaznaczyły się wybitniej zmiany w liczbach opadania, w 4 zaś (przyp. 39) o przebiegu dłużej trwającym zmiana ta uwidoczniła się wyraźnie, gdyż w 4 tygodniu, już po spadku gorączki w okresie wygaśnięcia zapalenia nieżytowego otrzymano 90 mm, w 5 tygodniu 55 mm, a dopiero w 6 tygodniu 20 mm: zapalenie migdałków mieszkowe (przyp. 36) cokolwiek przyśpieszyło opadanie czerwonych ciałek krwi, a mianowicie z 16 mm 8 dnia duru wysypkowego podczas gorączki do 27 mm 24 dnia w 2 dni po zapaleniu migdałków mieszkowem, które trwało tylko 2 dni przy gorączce maksymum do 38.4°; w przypadku 40 zakrzepu żyły udowej wypadła duża liczba opadania: 90 mm podczas samego powikłania, poczem szybkość opadania stopniowo zmniejszała się do 65—35 mm w miarę wygasania sprawy zakrzepowej; wreszcie na uwagę zasługuje przyp. 43 z gruźlicą włóknistą, zapal. opłucnej ropnem i zapal. pęcherza moczowego ropnem, gdzie liczby opadania były bardzo duże: 120—90—90 mm.

Wogóle skłonni jesteśmy mniemać, że sprawy zakaźne, wikłające dur wysypkowy, przyśpieszają jeszcze bardziej opadanie czerwonych ciałek krwi w stopniu mniejszym lub większym zależnie od ich nasilenia.

W wyniku badań powyższych można wnioskować, że opadanie krwinek czerwonych podczas duru wysypkowego ulega znacznemu przyśpieszeniu i że po przebyciu tej choroby dochodzi do normy bardzo powoli, w ciągu paru tygodni.

Odczyn ten, choć nie ma cech swoistości dla duru wysypkowego, bo występuje w stopniu znacznym i w innych ostrych chorobach zakaźnych, stanowi jednak uzupełnienie obrazu klinicznego, wskazując, że podczas duru wysypkowego zachodzi we krwi, w jej osoczu duże zakłócenie równowagi, utrzymujące się przez czas dłuższy i po przebyciu choroby.

Piśmiennictwo:

Seweryn Sterling: Pol. Gaz. Lek. Nr. 8. 1922. — M. Dawidowicz: Pol. Gaz. Lek. Nr. 44. 1922. — M. M. Cordier et Pantique: La Presse Médic. Nr. 22. 1925. — O. Naegeli: Lehrbuch der klinischen Hämatologie. S. 87—90. Berlin. 1931. — M. Leffkowitz: Die Blutkörpersenkung. Berlin-Wien. 1932.

Zdzisław SKIBIŃSKI. Sanatorjum Czerw. Krzyża. Zakopane.

O powszechne i przymusowe ubezpieczenie od gruźlicy.

Są pewne zagadnienia społeczne, tak doniosłe i palące, że należy je stale podejmować, poddawać dyskusji i głosić tak długo, aż dojrzeją i będą mogły być wprowadzone w życie.

W imię takich właśnie zadań, których rozwiązanie obarcza nasze społeczeństwo, postanowiłem wystąpić w niniejszym artykule z pewną inicjatywą, która zrodziła się we mnie jako wniosek, wyciągnięty z tego, co widziałem we Włoszech na polu walki z gruźlicą. Chodziłoby o wszczęcie akcji za wprowadzeniem u nas powszechnego i przymusowego ubezpieczenia od gruźlicy.

Wielu czytelników w tem miejscu zapewne pokiwa głową i pomyśli: „Też się wybrał. Z motyką na słońce"! I ja tak dotąd myślałem. To jednak, czego dokonały Włochy, jest tak imponujące i zachęcające, że przedsięwzięcie podobne przestaje być mrzonką nierealną i pragnąć powinniśmy, aby Polska jaknajprędzej poszła za przykładem włoskim.

Sprawa wielka i piękna, ale jak trudna do urzeczywistnienia. Nietylko trudności pieniężne stoją jej na przeszkodzie. Także wiele przesądów i niewiary w powodzenie takiej akcji musiałoby być wprzód zwalczonych. Każda akcja podjęta w dobie obecnej w kierunku dalszej rozbudowy organizacyj ubezpieczeniowych napotkać musi na nieprzychylne ustosunkowanie się społeczeństwa, które pod wpływem wiadomości dziennikarskich, często przesadnych, często niestety prawdziwych, znajduje się w takiem nastawieniu duchowem, że raczej oczekuje od rządu ograniczenia i częściowej likwidacji tej, zdaniem wielu, zbyt kosztownej zabawki, aniżeli nowych poczynań.

A jednak nie potrzeba być wielkim znawcą zagadnień społecznych, aby zrozumieć, że gruźlicy nie może zwalczyć wysiłek poszczególnych jednostek. Dzieła tego dokonać może tylko zbiorowa akcja całego odpowiednio zorganizowanego społeczeństwa. To, co się dotąd u nas na tem polu czyni, sprawia wrażenie walki przy pomocy półśrodków. Jest to ucinanie głowy hydrze, która ciągle się odradza. Łagodzimy skutki, jakie wyrządza gruźlica, a nie sięgnęliśmy jeszcze do środków radykalniejszych, któreby wycięły tę hydrę tuż u podstawy. Akcji takiej nie można zwalać na barki rządu, który ma do spełnienia wiele innych zadań. Samo społeczeństwo, zrozumiawszy zadanie, które nań spada, musi odpowiednio zorganizować się, aby walkę tę podjąć. Sporadyczne wybuchy działalności dobroczynnej tej lub owej organizacji, jako niejednolite, nieprzemyślane i może nawet nieetyczne, do tego celu nie wystarczają i tu w grę wchodzić nie mogą. Na nich celowej walki z gruźlicą oprzeć niepodobna.

Popatrzmy, jak rozwiązali to tak trudne zadanie Włosi. Kilku aktami prawnemi, głównie zaś dekretem z dnia 27 października 1927 wprowadzona została w Italji ustawa o obowiązkowem i powszechnem ubezpieczeniu od gruźlicy. Zaczęło ono działać od roku 1929. Całe społeczeństwo z wyjątkiem klas najwyżej uposażonych poddane zostało obowiązkowi ubezpieczenia. Każdy ubezpieczony opłaca drobną kwotę kilku lirów rocznie, z czego urastają sumy, idące w grube miljony

W ciągu 5 lat od r. 1929 do r. 1933, Włochy wydały na walkę z gruźlicą 1,645.309.330 lirów, w tem ubezpieczalnie 850,000.000, towarzystwa przeciwgruźlicze 412,071.997, Czerwony Krzyż 79,500.000, resztę zaś rząd.

Cały kraj pokrywa się siecią poradni i przychodni przeciwgruźliczych (jedna na 20.000 mieszkańców), sanatorjów: górskich, morskich i nizinnych oraz szpitali sanatoryjnych. Tworzą się kolonje posanatoryjne dla ozdrowieńców i niezdolnych do pracy w dawnych środowiskach. Każdy chory, wymagający leczenia, nietylko może, ale musi być obowiązkowo leczony w odpowiednich zakładach leczniczych przez czas nieograniczony i bez żadnej dodatkowej opłaty. Wkładki ubezpieczeniowe (4 liry) w połowie opłaca ubezpieczony, w połowie pracodawca.

Obok ubezpieczalni zorganizowanej w *Cassa Nazionale* na całem terytorjum państwa, które podzielone jest na 94 prowincyj, czynne są towarzystwa przeciwgruźlicze *(Conzorzi)*, które kierują przychodniami, rozwijają propagandę i sprawują w swych rękach całą profilaktykę przeciwgruźliczą. Jedynem świadczeniem ubezpieczalni jest obowiązek leczenia chorych w zakładach leczniczych. Nie jest to moment najważniejszy w walce z gruźlicą, gdyż wiadomo, że chorób zakaźnych nie zwalczy się przez leczenie chorych, lecz przez zapobieganie zachorowaniu. Ten moment wybrany został jednak na początek, gdyż dzięki niemu spełnia się zadanie najważniejsze, bo usuwając ze środowiska ludzkiego chorych niebezpiecznych, niszczy się w ten sposób źródła dalszego szerzenia się zakażenia. Ubezpieczalnia powoli obejmuje corazto nowe dziedziny, przechodząc od działalności leczniczej do działalności zapobiegawczej. Dzieci, ten materjał najpodatniejszy na gruźlicę i zarazem ten okres w życiu ludzkiem, kiedy gruźlica wkracza do organizmu, są już obecnie otaczane szczególną opieką. Opieka nad niemi zaczyna się jeszcze przed przyjściem ich na świat. Chore ciężarne umieszczane są w sanatorjach i odpowiednio leczone, a dzieci zaraz po urodzeniu oddawane są do prewentorjów na przeciąg 2—3 lat. Po tym dopiero okresie czasu wracają one do swych matek z tem, aby uległy nawet drobnemu zakażeniu, które jednakowoż ma wtedy raczej znaczenie uodparniające i jest więcej skuteczne, wedle mniemania, rozpowszechnionego we Włoszech, od przesadnie zachwalanych szczepionek Calmette'a.

A skutki? Skutki wystąpiły niebawem już po 4 latach działalności *dell'Assicurazione obligatoria contro la tubercolosi.* Poprzednio umierało rocznie 60.000 osób, obecnie umiera tylko 27.000.

Słusznie jednak ktoś może wyrazić powątpiewanie, czy ten spadek śmiertelności wolno przypisywać wyłącznie tylko działalności ubezpieczalni. Wszak we wszystkich krajach śmiertelność na gruźlicę w ostatnich latach zmalała. Na to odpowiedzieć należy, że tak znaczny spadek, bo o 55%, nastąpił tylko w Italji. Można spodziewać się, że przyszłość zadziwi świat jeszcze dalszemi i bardziej sensacyjnemi wynikami.

A teraz zastanówmy się, czy wprowadzenie u nas podobnej formy walki z gruźlicą przekracza całkowicie nasze możliwości. Bezsprzecznie najważniejszą jest strona finansowa tego zagadnienia. Według statystyki Polskiego Związku Przeciwgruźliczego umiera w Polsce 15 osób na 10.000 mieszkańców, czyli 1.500 na 1 miljon. Na podstawie ustalonych współczynników na każdego umarłego przypada 8—10 chorych, z tego 3 wymagających leczenia w zakładach, w sumie więc 4.500 chorych na 1 miljon mieszkańców. Jeżeli z tej liczby wydzieli się 1/3, przypadającą na dzieci poniżej 15 lat, które zwyczajnie nie cierpią na gruźlicę otwartą, to pozostanie liczba 3.000 chorych, którzyby musieli być leczeni w zakładach. Do tego celu wystarczającą jest liczba 1.500 łóżek, czyli liczba równa ogólnej liczbie zgonów spowodu gruźlicy. Ponieważ koszt leczenia w zakładach leczniczych wynosi przeciętnie 8 zł dziennie, zatem koszt roczny wyniósłby w miastach. W organizacji ubezpieczeniowej województwa powinny stanowić zamkniętą dla siebie całość.

Trudno mnie, jako nieprawnikowi i niedostatecznie obznajomionemu z życiem społecznem, występować tu z jakimś projektem skończonym. Mogą to być tylko supozycje. Mój plan jest następujący: na początek zaczyna się od akcji dobrowolnej. Rady miejskie wielkich miast lub szeregu mniejszych miast danego województwa, skupiające razem ludność najmniej jednego miljona mieszkańców, uchwalają przystąpienie do ubezpieczalni. Wówczas magistraty tych miast wraz ze swemi podatkami ściągają wkładki ubezpieczeniowe na rzecz wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Miasta obliczają liczbę brakujących łóżek i budują tanie sanatorja (system barakowy) przy istniejących już szpitalach i innych zakładach. Pewien odsetek łóżek rezerwują dla siebie w sanatorjach górskich. Właścicielem objektów nowopowstałych dla celów ubezpieczalni są miasta. Organem wykonawczym ubezpieczalni, który kieruje zakładami leczniczemi, t. j. szpitalami sanatoryjnemi, sanatorjami i przychodniami, pozatem przeprowadza propagandę i organizuje cały plan postępowania, jest wojewódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze. Kontrolę nad kapitałem ubezpieczeniowym posiada województwo, egzekutywę w ściąganiu składek mają urzędy miej-



Wielki instytut przeciwgruźliczy „Carlo Forlanini“ w Rzymie.

4,320.000 zł na 1 miljon mieszkańców. Przeto wkładka ubezpieczeniowa wynieść powinna najmniej 4 zł rocznie od osoby. Jeżeli uwzględni się bezrobotnych, rodziny obarczone wielką ilością dzieci i biedaków takich, którzy muszą być zwolnieni od opłaty, to tę wkładkę prawdopodobnie należałoby podnieść do 5 zł rocznie.

Teraz koszty inwestycyjne: wobec tego, że jedna przychodnia obsłużyć może najwyżej 20.000 mieszkańców, to dla miljona mieszkańców potrzeba będzie 50 przychodni. Licząc koszty budowy i urządzenia przychodni na 50.000 zł, ogólny wydatek na przychodnie wyniesie 2,500.000 zł. W podobny sposób w przybliżeniu przyjąć można koszty budowy sanatorjów i szpitali sanatoryjnych dla brakujących łóżek na 5—6 miljonów zł. Pokazuje się więc, że potrzeba około 2 wkładek ubezpieczeniowych, aby pokryć wydatki inwestycyjne. Innemi słowy, prawo do świadczeń ubezpieczony nabywałby dopiero po uiszczeniu 2—3 wkładek. W międzyczasie musiałaby być przygotowana cała praca organizacyjna i inwestycyjna.

Obecnie ustalmy kilka zasad organizacyjnych. Obowiązek podlegania ubezpieczeniu nie może stosować się do pewnych tylko klas społecznych lub zawodów, np. robotników albo urzędników. Aby walka była skuteczną, cała ludność pewnego terytorjum musi być ubezpieczoną. Prawdopodobnie jednak nie uda się roztoczyć akcji odrazu na całe terytorjum Państwa. Na początek ten eksperyment ubezpieczeniowy możnaby przeprowadzić na obszarze tylko pewnych województw i to zrazu tylko skie. Cała buchalterja spoczywa w rękach urzędów skarbowych miejskich.

Wydatki przy tak pomyślanym planie organizacyjnym są minimalne. Wkładki ubezpieczeniowe prawie w całości byłyby obracane na cele lecznicze i sanitarne. Zakłady lecznicze pracują na zasadach samowystarczalności. Przychodnie utrzymują się z drobnych opłat za wizyty zgłaszających się (mogą to być chorzy na inne choroby lub na gruźlicę w stadjum niewymagającem leczenia w zakładach) i z imprez na ten cel urządzanych (druki, znaczki, loterje, zbiórki). Ogół ubezpieczonych ma prawo tylko do bezpłatnego leczenia w zakładach na wypadek zachorowania na taką postać gruźlicy, która wymaga leczenia w szpitalu sanatoryjnym lub sanatorjum. Badania zaś i leczenia ambulatoryjne w przychodniach nie należą już do świadczeń ubezpieczalni.

Najtrudniejsze i zarazem najważniejsze zadanie spada na przychodnie przeciwgruźlicze. Pełnią one czynność rozpoznawczą i leczniczo-ambulatoryjną. Przychodnie wyławiają chorych i na miejscu wpływają na poprawę warunków zdrowotnych. Tylko przychodnie uprawomocnione są do wydawania kart skierowania do zakładów leczniczych. Przy województwie są komisje odwoławcze czy też sądy rozjemcze, które rozpatrują zażalenia ze strony uważających się za pokrzywdzonych przez ubezpieczalnię.

Widzimy więc, że ta projektowana jeszcze jedna ubezpieczalnia nie będzie dla społeczeństwa ciężarem nie do zniesienia i powodem do narzekań zbyt wielkich. Wydatek 5 złotych rocz-

nie nie obciąży, zdaje się, nadmiernie budżetu przeciętnego mieszkańca naszych miast, zwłaszcza jeżeli będzie on zdawał sobie sprawę, na jaki cel przeznaczone są pieniądze. Życie gospodarcze nietylko nie powinno z tego powodu ponieść szkody, lecz przeciwnie powinno ożywić się. Zaspakajanie potrzeb ubezpieczalni i różne związane z tem prace inwestycyjne obudzą znacznie ruch budowlany, dając zatrudnienie wielu bezrobotnym.

Jeżeli się wie, jakie szkody ponosi majątek narodowy z powodu gruźlicy, to i zrozumieć łatwo, jakie korzyści wynikną z podniesienia zdrowotności kraju. Także i rząd na skutek wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia od gruźlicy odczuje wielką ulgę w swym budżecie.

Przedewszystkiem zaś korzyść największa i zarazem cel najważniejszy całego przedsięwzięcia leżeć będzie w tem, że wymierzy się cios najpotężniejszy i najskuteczniejszy tej zmorze i utrapieniu ludzkości, jakiem jest od wieków gruźlica, pochłaniająca największe hekatomby ofiar. Każdy chory w okresie, kiedy choroba jego wymaga leczenia i jest niebezpieczną dla otoczenia, znajdzie opiekę lekarską i możność leczenia się bezpłatnego przez czas nieograniczony. Kto widział naszą biedotę po miastach i wsiach, skazaną na zagładę, bo pożeraną przez gruźlicę i bez środków do leczenia się, ten zazna uczucia ulgi i radości, że jest sposób, aby tym ludziom przyjść z pomocą.

Jeżeli nie zdobędziemy się na taki krok stanowczy odrazu, to jeszcze wiele ofiar pochłonie gruźlica tylko z winy społeczeństwa, że nie umiało się odpowiednio zorganizować. Jestem bowiem przekonany, że do powszechnego ubezpieczenia od gruźlicy prędzej czy później przyjść musi we wszystkich krajach. Obecnie mamy stan taki, że ilość łóżek dla gruźlicy jest znikomo mała i co najsmutniejsze, łóżka te stoją przeważnie pustką po sanatorjach, gdyż chorzy nie mają się za co leczyć lub nie chcą się leczyć, aby nie utracić posady.

Różne związki pobudowały sanatorja dla swych członków, ale nie mamy dotąd sanatorjów ludowych i robotniczych. W projekcie, który tu przedstawiłem, jako tymczasowym i obliczonym tylko na rozpoczęcie akcji, niema mowy również o wsiach naszych, ale rozumie się, że poszczególne gminy zachęcone przykładem miast będą mogły zgłaszać swe przystąpienie do ubezpieczalni. Sczasem po doświadczeniach nabytych na małym terenie akcja ubezpieczeniowa objąć powinna cały obszar kraju.

Aby akcję taką móc przeprowadzić szczęśliwie, potrzeba dużo zrozumienia dla niej w społeczeństwie. Propaganda musi być bardzo usilna. Zadania tego powinny się podjąć przedewszystkiem Towarzystwa Przeciwgruźlicze. Następnie należy zainteresować tą sprawą prasę codzienną, nauczycielstwo, księży, posłów, radjo i kino. Hasło: „Każdy daje 5 zł rocznie na gruźlicę" powinno stać się hasłem, powtarzanem po stokroć i tysiąc razy w odezwach, ulotkach i drukach propagandowych, na znaczkach, widokówkach, na zgromadzeniach i w urzędach.

We Włoszech sprawa mogła ruszyć z miejsca i powieść się tylko dzięki mistrzowskiej propagandzie i dzięki temu, że związano ją z faszyzmem i takim autorytetem, jakim jest sam Duce. Społeczeństwo dało się rozentuzjazmować, wzbudzić w sobie zapał i rozpalić ogień niemal taki, jaki rozpalał przed wiekami serca rycerzy i zakonników, śpieszących w świętych krucjatach do Ziemi Świętej. Dziś Włosi są dumni, że mają rzecz, której zazdroszczą im inne narody.

Przedewszystkiem zwracam się do naszych działaczy społecznych i znawców medycyny i higjeny społecznej. Niech rozważą *pro* i *contra* rzuconej myśli. Jeżeli *pro* przeważy, niech się zabiorą do sprawy i tak ją poprowadzą, jak sami najlepiej umieją. Sprawa nie może być utopją i nierealną mrzonką, jakich wiele wypływa w dobie obecnej, gdyż została już w jednym kraju zrealizowana i zdała egzamin swej żywotności i pożyteczności. Poruszam ją z jednej strony z radości, że są możliwe społeczne sposoby zwalczania gruźlicy, z drugiej strony trochę z żalu, że dajemy się innym na tem polu wyprzedzać.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 11. 1935. Bernhardt R.: Choroba unnowska (łuszczyczak) jako postać nietypowa łuszczycy pospolitej. — Łobza W.: Kiła żołądka. — Wasilewski T.: Preparaty muzealne kości ze schematycznie oznaczonemi początkami i przyczepami mięśni. — Lubieniecki H.: Kilka uwag w sprawie reformy studjów lekarskich. — Stankiewicz M.: O działaniu leczniczem korpiryny.

Lekarz Wojskowy. T. XXV. Nr. 8. 1935. Gorecki Z.: O leczeniu bodźcowem i wstrząsowem chorób wewnętrznych. — Mozołowski S.: O potrzebach wojskowych oddziałów neurologicznych. — Malinowski A.: Usprawnienie czynności wojskowych oddziałów psychjatrycznych. — Goldstein i Opalski A.: Przypadek neuralgji nerwu językowo-gardłowego. — Jamiołkowski K.: Dwa przypadki wąglika.

Polskie Zioła. Nr. 5. 1935. Marjański J.: Gospodarcze znaczenie zielarstwa. — J. M.: Racjonalna produkcja surowców roślinnych. — Wiewiórski St.: Zioła w kosmetyce. — Lypa J.: Leczenie chorób przewlekłych ziołami. — Biegański J.: Ceny ziół zbieranych ze stanu dzikiego.

Nowiny Psychjatryczne. Z. I—II. 1935. Messing Z.: Anatomja patologiczna parkinsonizmu pośpiączkowego. — Łapiński T.: Opieka nad psychicznie chorymi dawniej i dzisiaj. — Oberc St.: O reakcjach psychotycznych związanych z właściwościami szpitalnictwa psychjatrycznego. — Gallus J.: Stan szpitali psychjatrycznych i opieki pozazakładowej w Polsce w okresie 1930—1933. — Tomaszewski W.: Zagadnienie zróżnicowania psychicznego w zależności od grup krwi. — Łuniewski W.: Dwa wyjaśnienia Ministerstwa Opieki Społecznej w sprawach psychjatrycznych.

Trzeźwość. Nr. 5. 1935. Łuniewski W.: Prawo niemieckie o zapobieganiu potomstwu, obciążonemu chorobami dziedzicznemi. — Szymański J.: Kilka uwag w sprawie projektu ustawy sterylizacyjnej. — Moraczewski J.: Z psychologji źródeł alkoholizmu. — Szempliński St.: Młodzież szkolna, a alkohol. — Nadto numer ten zawiera szereg innych zajmujących artykułów.

Zdrowie Publiczne. Nr. 5. 1935. Ostromęcki B.: Stan sanitarno-porządkowy osiedli miejskich w Polsce w r. 1933. — Przywieczerski W.: Zakłady lecznicze z uwzględnieniem zakładów specjalnych i opieki pozazakładowej. — Palester H.: Stan chorób zakaźnych w roku 1934. — Tubiasz S.: Zagadnienie ośrodków zdrowia w chwili obecnej. — Skokowska-Rudolfowa M.: Z Międzynarodowego Zjazdu Zrzeszenia Lekarek odbytego w Sztokholmie w dniu 7—12 sierpnia 1934 r. — Zabawska-Domosławska Z.: Wpływ uprawiania sportów na organizm kobiecy. — Skokowska-Rudolfowa M.: Macierzyństwo w świetle higjeny. — Skokowska-Rudolfowa M.: Wychowanie fizyczne kobiet.

Klinika Współczesa. Nr. 5. 1935. Miesięcznik referatowy.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 10. 1935. Dembicki L.: Fizyko-chemja naturalnych wód leczniczych. — Papierkowski J.: Polskie zdroje jodowo-bromowe. — Iwanowski W.: Ciechocinek i jego walory lecznicze. — Proszowski W.: Znaczenie Truskawca jako kąpieliska solankowo-siarczanego. — Laskowski S.: Sposoby stosowania inhalacyj i kamery pneumatyczne w Szczawnicy. — Kochlöffel R.: Rola lekarza uzdrowiskowego. — Chmieleński K.: Więcej dbałości o potrzeby kuracjuszów w uzdrowiskach. — Huszcza A.: Lekarze gośćmi uzdrowisk. — Chmieliński K.: Kurs dietetyki dla lekarzy.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 11—12. 1935. Hozer J.: Przed organizacją ubezpieczenia na wypadek choroby. — Konkiewicz R.: O racjonalną gospodarkę w naszych instytucjach ubezpieczenia krótkoterminowego. — Rodziewicz Fr.: Szerszy widnokrąg — realne drogi. — Raczyński W.: Odwołania od wymiarów podatkowych.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 6. 1935. Richter L.: Racjonalizacja prawa o ubezpieczeniach społecznych. — Moskwa M.: Zastępcze ubezpieczenie emerytalne pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. — Sułkowski Zdz.: Wpis i wykreślenie hipoteki sądowej na podstawie tytułów wykonawczych, wystawianych przez instytucje ubezpieczeń społecznych.

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy. Nr. 2. 1935. Leszczycki St.: Prawne podstawy oraz wzory statystyki uzdrowiskowo-turystycznej. — Goldschmied A.: Leczenie dietetyczne w zdrojowiskach.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 23. 1935.

Therapia Nova. Nr. 5. 1935. Troicki J.: Uwagi o wartości moczopędnej „Dehydritu". — Scheps M.: Astma i jej leczenie efedryną.

OCENY.

Nouvelles lettres a un medicin praticien sur la dermatologie et la venereologie. (Nowe listy do lekarza praktykującego w dermatologji i wenereologji). CLEMENT SIMON. Paryż 1935. Wydawnictwo Massona i Ski. Str. 224.

Listy te nazwał autor nowemi, bo są one, jak sam zaznacza w przedmowie, drugą serją listów ogłoszonych drukiem w roku 1930. Pierwsza serja listów została drukiem ogłoszona za namową młodego lekarza, z którym C. Simon zapoznał się w czasie wojny i którego uczył dermatologii w zakresie potrzebnym lekarzowi praktykowi. Łączność, nawiązana w czasie wojny między nauczającym a uczącym się, nie zerwała się i po ukończeniu wojny. Simon pisywał dalej do swego ucznia i przygodnego asystenta w szpitalu wojennym, podając mu w listach treściwych i zwięzłych te nauki i wskazania, jakie uznał za szczególniej ważne, opierając się w swoich nauczaniach nie na szczegółowem i ściśle naukowem ujęciu przedmiotu, ale na podaniu go w formie swobodnych rozmów, z pamięci i praktyki życia codziennego zaczerpniętych. Te zastrzeżenia czyni autor sam, przynajmniej co do pierwszej serji listów, bo część druga, właśnie omawiana, nosi znamiona rzeczy także na podstawie piśmiennictwa opracowanych, za czem przemawiają nierzadko przytaczane poglądy różnych autorów. Żywość przedstawienia rozmaitych zagadnień, czyto praktycznych, czy ściśle naukowych, bynajmniej na tem nie traci, przeciwnie dar przystępnego przedstawienia zagadnień, nawet nieco trudniejszych, bezpośredniość zetknięcia się autora z czytelnikiem, może właśnie dzięki formie listów, nadaje tym listom pewien swoisty urok, a przygodnie dobrane, i poniekąd przypadkowe tematy, bynajmniej nie rażą, przeciwnie są miłem urozmaiceniem lektury. Omawiany tom „Nowych listów“ zawiera listów 29, bynajmniej pod względem treściowym nieuporządkowanych, niezgrupowanych planowo, niezwiązanych jakąś myślą przewodnią, a mimo wszystko interesujących i godnych czytania. Trzebaby przytoczyć tytuły wszystkich 29 listów, by dać obraz różnorodności tematów, niezawsze zagadnień, bo nie każdy list porusza zagadnienia, niektóre są poniekąd pogadankami, czy też szkicowem nakreśleniem obrazków z życia lekarza praktyka. Tu i ówdzie przebija humor beztroski, gdzieindziej zapał dla tego lub owego odkrycia naukowego, czasem gorąca obrona zasad i poglądów mistrzów dermatologji francuskiej, z niemniejszem uznaniem dla zdobyczy naukowych autorów obcych jak np. w świetnym opisie próby Prausnitza-Küstnera, przedstawionej tak prosto i przystępnie, że nawet ten, kto nie zna podstaw zasadniczych anafilaksji, zrozumie jej objawy bez trudu.

O rozliczności i poniekąd beztrosce w doborze tematów niech zaświadczy przytoczenie choćby kilku z 29 listów wyjętych tytułów jak np.: „Patomimja“ (przytaczam tytuły w skrótach), „Stygmaty skórne mistyków“, „Pierwiosnek“, „Odczyn Prausnitza-Küstnera i jego znaczenie w patologii pokrzywki“, „Czy przyczyną kiły jest krętek blady?“, „Lecznictwo dermatologicznie“, „Na marginesie jesieni życia“, a wreszcie świetne w ujęciu polemicznem, przytoczenie dosłowne listów, wymienionych między autorem (C. Simonem) i Tzanckiem, przeciwnikiem jego poglądów co do idjosynkrazji i uczulenia nabytego. W tej polemice, zresztą rzeczowej, zaznacza się w całej pełni nietylko charakter umysłowości francuskiej i subtelnego wyczucia sposobów polemiki ale, co dla niniejszego sprawozdania ważniejsze, także umiejętność argumentowania Simona w sprawach, których chce bronić i które uważa za godne obrony. Bo nie może nie wzbudzić gorącej sympatji dla Simona jego żywa i gorliwa obrona mistrza jego Brocq'a przed zbyt bezwzględnemi zarzutami Tzancka, również niegdyś ucznia Brocq'a, zarzutami dotyczącemi dziś może nieco odmiennych poglądów na zagadnienie nadczułości wrodzonej i uczulenia nabytego. Ta świetna, a niepozbawiona soli atyckiej obrona mistrza przez jego byłego ucznia zjednuje odrazu serce czytelnika dla Simona, a ponadto odsłania przed nami i charakter ducha francuskiego i charakter polemiczny samego Simona. Nie można mu odmówić daru subtelnej ironji, gdy w liście skierowanym do Tzancka podchwytuje jego przeoczenie i na twierdzenie, że jakieś odkrycie zawdzięczamy badaniom Ravaut'a zaznacza ironicznie: „Przypisywanie w tym wypadku ojcowstwa Ravautowi jest zbyteczne; Ravaut bowiem ma, dzięki Bogu, dosyć dzieci własnych z prawego łoża“. Niemniej trafna i niepozbawiona powściągliwego sarkazmu wobec przeciwnika jest końcowa uwaga zamieszczona w tymże samym liście polemicznym skierowanym do Tzancka a streszczająca się w przytoczeniu cytatu Tacyta: *„Major e longinquo reverentia“* a tem samem wskazująca Tzanckowi, że w oddaleniu lat należy patrzeć z większym szacunkiem na zdobycze naukowe zwłaszcza zdobycze własnych mistrzów. Wydaje mi się, że najlepiej scharakteryzuję wartość omawianych „Nowych listów“ Simona, jeśli ich autora określę słowami wyjętemi z listu Tzancka, dotyczącego omawianej polemiki a ujętemi w pochlebne dla przeciwnika zdanie: „Mój przyjaciel Clement Simon jest dziennikarzem wielce uzdolnionym“..., bo istotnie takie cechy, cechy nietylko wielce uzdolnionego dziennikarza, ale zarazem autora o dużym darze przedstawiania w sposób prosty rzeczy ściśle naukowych posiadają omawiane a godne czytania „Nowe listy do lekarza praktyka“.

J. Lenartowicz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Działanie jodu w chorobie Basedowa. MEANS i LERMAN. Journal of the Amer. Med. Assoc. Nr. 12. 1935.

Praca niniejsza opiera się na 575 przypadkach dokładnie przebadanych klinicznie przez autorów. Zdaniem ich jod ma bardzo korzystny wpływ na przebieg choroby Basedowa. Podawanie jodu wywołuje w krótkim czasie reakcję pod postacią polepszenia objawów hipertyreozy i obniżenia przemiany podstawowej. Reakcja ta występuje stale w każdym okresie choroby, a autorowie uważają ją za tak charakterystyczną, że posługują się nią nawet w celach diagnostycznych. Tłumaczą oni to korzystne działanie jodu tem, że jod powstrzymuje nadmierne wydzielanie się czynnego hormonu tarczycy do krwi. Zgodnie z tem tłumaczeniem wątpią oni, czy jod może być przyczyną wytworzenia hipertyreozy w przypadkach t. zw. „Jod-Basedowa“ opisywanych przez autorów niemieckich.

A. Selzer (Lwów).

Wycięcie tarczycy jako leczenie dusznicy piersiowej i dekompensowanej wady serca. BLUMGART, BERLIN, DAVIS, RISEMAN, WEINSTEIN. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 1, 17. 1935.

Autorowie zbierają w niniejszej pracy wyniki swoich badań nad nową metodą leczenia chorób serca, przeprowadzonych w ciągu $1^{1}/_{2}$ roku na szeregu przypadków. W rozważaniach teoretycznych podnoszą autorowie fakt, że u osobników zdrowych istnieje równowaga między zapotrzebowaniem ustroju w tlen a podażą tlenu, uwarunkowaną odpowiednią szybkością przepływu krwi. Taką równowagę stwierdza się też u osobników z obrzękiem śluzakowatym, gdyż tu oba te czynniki są równomiernie znacznie obniżone. Natomiast u osobników z niedomogą serca równowaga ta jest zaburzona, bo zapotrzebowanie tkanek w tlen pozostaje niezmienione, a znacznie maleje szybkość przepływu krwi. Zatem należałoby przypuszczać, że przez sztuczne obniżenie przemiany podstawowej możnaby przywrócić równowagę przez to, że zapotrzebowanie zmniejszyłoby się i przystosowało do nowych warunków krążenia. Badania nad sercem u chorych z hipotyreozą na około 300 przypadkach wykazały zmniejszoną objętość wyrzutową serca i zwolnienie przepływu krwi. Zauważono przytem, że przy p. p. ok. — 30% prawie nie spotyka się objawów stenokardji i przewlekłej niedomogi serca. Autorowie zaproponowali zatem u chorych z przewlekłą niedomogą narządu krążenia wycięcie tarczycy. Obserwacje opierają się na 75 chorych, którym wycięto tarczycę. U większości chorych stwierdzono polepszenie, a mianowicie u chorych z dekompensacją (50 p.) znaczne zniknięcie obrzęków skóry i jam surowiczych, zmniejszenie duszności i poprawę stanu ogólnego. Część chorych mogła podjąć swe zajęcia. U chorych z objawami stenokardji i astmy sercowej stwierdzono u większości ustąpienie napadów. Chorzy ci znajdują się już w 10-miesięcznej obserwacji. Autorowie starali się ustalić przemianę podstawową na poziomie ok. — 30% przez odpowiednie dawkowanie preparatów tarczycy, nie chcąc doprowadzić do niepożądanych objawów znacznej hipotyreozy. Autorowie rokują tej metodzie leczniczej duże nadzieje, podkreślając potrzebę udoskonalenia metod operacyjnych jakoteż ściślejszego sprecyzowania wskazań do operacji.

A. Selzer (Lwów).

Pokrzywka powstała skutkiem zaburzenia równowagi n. współczulnego i błędnego. PASTEUR VALLERY-RADOT i G. MAURIC. Nutrition. T. 5. Nr. 1. 1935.

Autorzy przytaczają 3 przypadki, z tego 2 dotyczące kobiet, u których występowała pokrzywka skutkiem drobnych emocyj, ciepła, zimna, nasłonecznienia, wiatru, i t. d. U mężczyzny te same przyczyny wywoływały obrzęk Quinckego. U tych osobników pokarmy nie wywoływały żadnych zaburzeń, również odpowiednie próby naskórne wypadły ujemnie. Osobnicy tacy ce-

chują się drżeniem rąk, stanami lęku, łatwem męczeniem się, zmiennością tętna i sprawiają wrażenie hipertyreotyków — jednak badanie przemiany podstawowej wykazuje obok wartości nieco zwiększonych, również często wartości prawidłowe. W czasie występowania wykwitów pokrzywkowych można stwierdzić nasilenie drżenia rąk, przyspieszenie tętna, czasami nawet stany zapadu. Rokowanie jest dobre, leczenie polega na wstrzykiwaniu wapnia, podawaniu małych dawek gardenalu, lub podawaniu belladony, skopolaminy, ezeryny, pilokarpiny. Również wstrzykiwanie krwi zwierząt pozbawionych tarczycy daje dobre wyniki. Najważniejsze jest stopniowe przyzwyczajanie pacjenta do czynników, wywołujących pokrzywkę lub obrzęk Quinckego.

Mester (Kraków).

Pokrzywki pochodzenia trawiennego. P. A. CARRIÉ i G. BONNET. Nutrition. T. 5. Nr. 1. 1935.

Autorzy zarzucają podział na pokrzywkę pochodzenia pokarmowego i trawiennego *(d'origine alimentaire et d'origine digestive);* odnośnie do przebiegu rozróżniają pokrzywkę przypadkową, pokrzywkę powtarzającą się i pokrzywkę stałą, czyli przewlekłą. Wykwity pokrzywkowe mogą być samoistne. mogą im towarzyszyć ostre objawy żołądkowo-jelitowe, z gorączką, nudnościami, wymiotami, bólami żołądka, jelit, biegunką, czasami i lekką żółtaczką. Objawy te mogą się pojawić jeden lub kilka dni przed wystąpieniem wykwitów skórnych, lub też równocześnie. Wykwity mogą występować u osobników, którzy stale cierpią na zaburzenia żołądkowo-jelitowe, lub schorzenia wątroby. Mechanizm powstawania jest następujący: jeżeli czynnik wywołujący pokrzywkę dostaje się z pokarmem do ustroju, powstaje okres pokarmowy. Pokarm przechodząc przez narząd pokarmowy ulega przemianom — powstaje okres trawienny. Przez żyłę wrotną dostaje się do wątroby, gdzie również podlega przemianom odpowiednio do czynności wątroby — okres wątrobowy. Z wątroby dostaje się do krążenia ogólnego, wtedy występują właściwe objawy wstrząsu — okres krwiopochodny. Ostatnim okresem jest okres skórny, lub neuro-wegetatywny. Dane te dają ważny wskaźnik leczniczy, gdyż czynność przewodu pokarmowego i wątroby wymaga szczególnej uwagi lekarza.

Mester (Kraków).

Pokrzywka wywołana przez ciepło i przez zimno. L. ROUQUÈS. Nutrition. T. V. Nr. 1. 1935.

Obie te pokrzywki są rzadkie, przedstawiają jednak duże znaczenie patogenetyczne. Należy też ściśle wyodrębniać je, gdyż może to być pokrzywka pokarmowa, która ujawnia się przez ciepło łóżka, może to być pokrzywka słoneczna i t. d. Pokrzywka *a frigore* może wystąpić bądźto spowodu wystawienia osobnika na niską ciepłotę zewnętrzną, bądźto przez oziębienie miejscowe, np. zanurzenie rąk w zimnej wodzie. Wystąpienie pokrzywki przez oziębienie następuje albo spowodu kryzy (wstrząsu) hemoklazycznej, albo spowodu miejscowej reakcji naczynio-ruchowej. *Mester* (Kraków).

Pokrzywka spowodu wysiłku fizycznego. M. DERIT. Nutrition. T. V. Nr. 1. 1935.

Podczas gdy u osobnika prawidłowego objawy występujące po wysiłku fizycznym, jak poty, duszność, przyspieszenie tętna, zaczerwienienie skóry, wzrost parcia krwi, szybko przemijają, to u pewnych osobników objawy te utrzymują się przez czas dłuższy. Pokrzywka ta należy do rzadkich, gdyż dotąd w piśmiennictwie opisanych jest 12 przypadków. Przypadek autora dotyczy mężczyzny, u którego po 4 minutowym biegu, pojawił się rumień na tułowiu, szyi, potem na udach — w 6 minut po skończeniu biegu pojawiały się na skórze guzki i po 11 minutach był szczyt wykwitów, który w 56 minucie zupełnie ustępował. Pokrzywce tej mogą towarzyszyć objawy kliniczne, jak: duszność, bóle głowy, zawroty głowy, nudności, a nawet wymioty, objawy zapadu. Z innych objawów wymienić należy wzrost parcia krwi, białkomocz, spadek ilości ciałek białych ze wzrostem limfocytów, a zmniejszeniem ilości neutrocytów, z obniżeniem zasobu zasad.

Mester (Kraków).

O ketonemji adrenalinowej jako próbie czynnościowej wątroby. G. COGGI. Min. Med. Nr. 10. 1935.

Poziom ketonemji w pół godziny po wstrzyknięciu 1 mg adrenaliny wykazuje u osobników z niedomogą wątroby znaczne zwiększenie, podczas gdy u osobników z prawidłową czynnością wątroby występuje zwiększenie nieznaczne i to tylko czasami. Autor zaleca tę próbę dla poznania sprawności wątroby.

Mester (Kraków).

Mikrobiologja i serologja.

Przegląd Epidemiczny Ligi Narodów Nr. 1—3 1935 opisuje szerzenie się nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych na świecie w roku 1934. Z dwóch krajów Afryki od lat nawiedzanych tą epidemją Egipt wykazał zmniejszone nasilenie epidemji, Sudan zaś silne wzmożenie (3.307 przypadków). W Azji krajami silniej nawiedzonemi były Korea, Japonja i Indje angielskie. W Ameryce, Europie i Australji nasilenie tego schorzenia utrzymywało się na wysokości przeciętnej lat ostatnich za wyjątkiem Niemiec, w których liczba przypadków (1.015) była dwa razy, tak wysoką, jak w r. 1933.

Opis przebiegu epidemji grypy ostatniej zimy (listopad 1934, luty 1935) wskazuje na masowość zachorowań i lekki przebieg kliniczny tej epidemji. W Ameryce ilość zachorowań była znaczniejsza, jak w roku poprzednim nie dochodząc jednak do olbrzymich cyfr z roku 1932/33. W Europie największe nasilenie okazała grypa w Niemczech, Szwajcarji i Rumunji.

Statystyka za rok 1934 wykazuje, iż głównemi ostremi epidemjami Europy były: dur brzuszny, odra, płonica, krztusiec, błonica i dur plamisty (na wschodzie), w Ameryce: ospa, dur brzuszny, odra, płonica, krztusiec, błonica i grypa, w Afryce: dżuma, ospa, dur plamisty i grypa, w Azji: cholera, dżuma, ospa, dur plamisty, dur brzuszny (Japonja), krztusiec i błonica (Japonja), a w Australji: płonica i błonica.

St. Legeżyński (Lwów).

Cień żyły nieparzystej podczas leczenia zapadowego gruźlicy płuc. VALLI MARTINO. Lott. c. tuberc. Nr. 3. 288—298, 1935.

W roku 1918 Crane, autor amerykański, opisał cień w kształcie przecinka odwróconego do góry w miejscu przejścia tchawicy w oskrzele po stronie prawej i mylnie przypisał to gruczołowi chłonnemu. Dopiero Busi *(ombra di Busi)* w r. 1931 wykazał zależność tego cienia od normalnego tworu w tem miejscu, t. j. żyły nieparzystej *(v. azygos)*. Przebieg tej żyły jest następujący: Z tylnej ściany klatki piers. po stronie pr., niekiedy zaś z przedniej powierzchni kręgów, żyła ta, biegnąc dotychczas od dołu do góry, na wysokości 3 przestrzeni międzyżebrowej zwraca się od tyłu ku przodowi i w osi strzałkowej klatki piersiowej zatacza lekki łuk dookoła przełyku i prawego oskrzela, skierowując się ku linji środkowej, aby wpaść do żyły czczej górnej *(v. cava s.) V. a.* daje cień owalny wydłużony z ogonkiem ku górze, podobny do znaku muzycznego, umiejscowiony tuż przy rozwidleniu tchawicy od strony prawej. Cień ten normalnie spotyka się według różnych autorów w 30—90% przypadków. Zmienia się on zależnie od postawy ciała i fazy oddechowej (wzrasta przy wdechu spowodu napływu krwi do klatki piersiowej). W warunkach patologicznych występuje wyraźniej przy zaburzeniach krążenia i niewyrównanych wadach zastawkowych. Autor badał zachowanie się tego cienia w przebiegu odmy i stwierdził, że zaznacza się on wyraźniej, gdy następuje przesunięcie śródpiersia na stronę prawą, a więc przy odmie lewostronnej, wyrwaniu nerwu przeponowego po stronie lewej i *hydropn. sin.*, słabnie natomiast, gdy śródpiersie przesuwa się na stronę lewą, jak przy odmie zanikającej lub zarośnięciu opłucnej po stronie lewej albo przy odmie prawostronnej i wyrwaniu nerwu przeponowego po stronie prawej. Tłumaczy się to zarówno odpowiedniem skręceniem łuku *v. a.*, jak i projekcją jego na cień kręgów piersiowych. *Z. Skibiński* (Zakopane).

O opadaniu krwinek w zależności od wstrząsu hemoklazycznego pod wpływem odmy leczniczej. VALLI M. Lott. c. tuberc. Nr. 2. 142—148, 1935.

Autor badał zachowanie się opadania krwinek czerwonych w 40 minut po pierwszem wprowadzeniu powietrza do jamy opłucnowej u 21 chorych. Pomimo stwierdzenia cech wstrząsowych, jak leukopenja, spadek ciśnienia krwionośnego, opadanie krwinek wypadało zmiennie, chociaż spodziewać się należało przyspieszenia opadania. Przy 2 i 3 natomiast dopełnieniu autor spostrzegał częściej zwolnienie opadania krwinek czerwonych.

Z. Skibiński (Zakopane).

Przemiana węglowodanów u osób dotkniętych gruźlicą płuc. FICI V. e MACCONE V. Lott c. tuberc. Nr. 12, 1199—1211, 1934 i Nr. 2, 117—142, 1935.

Autorzy podają w pierwszej części swej pracy bardzo obszerną literaturę dotyczącą zachowania się poziomu cukru naczczo u chorych na gruźlicę płuc, w drugiej zaś części przedstawiają własne badania, przeprowadzone serjami w różnych odstępach czasu u 148 chorych, leczonych w sanatorjum „V. Cervello" w Palermo. Z badań tych wynika, że w 2/3 przyp.

poziom ten wahał się w granicach anormalnych, przyczem nie można było stwierdzić żadnej zależności ani od postaci chorob. ani od obszaru zajętego przez zmiany chorobowe, ani też od objawów ogólnych toksycznych. Autorzy sądzą, że tem się tłumaczą rozbieżne wnioski, do jakich doszli różni badacze.

Z. Skibiński (Zakopane).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Leczenie przewlekłych pokrzywek. PASTEUR VALLERY-RADOT i P. BLAMOUTIER. Nutrition. T. V. Nr. 1. 1935.

Autorzy zalecają usunięcie przyczyny wywołującej pokrzywkę, podawanie peptonu *per os* 3 razy dziennie po 0.5 g, na godzinę przed posiłkiem, lub wstrzykiwania podskórne 5% peptonu, w ilości 2—5 cm³, odczulanie specyficzne, podawanie bądźto przetworów tarczycy, bądźto jajnikowych, podawanie gardenalu, belladony, skopolaminy, ezeryny, pilokarpiny. Dalej autohemoautosero- lub autoplazmoterapię, podsiarczyn sodowy *per os* lub 10% domięśniowo, sole wapnia. W 30 przypadkach pokrzywki przewlekłej opornej na dotychczasowe leczenie nastąpiło zupełne wyleczenie po wstrzykiwaniu wyciągów śledziony w ilości 2—4 cm³ (1 cm³ = 25 g świeżej śledziony). Dalej autorzy stosują: insulinę, upust krwi lub wywołanie sztucznej gorączki. W czasie ataku zalecają wstrzykiwanie 0.5 mg adrenaliny podskórnie. *Mester* (Kraków).

Pokrzywka i leczenie zdrojowiskowe w Vichy. MATHIEU de FOSSEY. Nutrition. T. V. Nr. 1. 1935.

Obok odpowiedniej diety autor zaleca picie wód *Hôpital, Grande Grille i Chômel* w małych ilościach, ostrożnie stopniowanych. Obok tego stosuje i kąpiele napotne, diatermję, i wątrobę według metody Dausseta. *Mester* (Kraków).

Przyczynek do leczenia marskości wątroby, przebiegającej z puchliną brzuszną. G. BOATTINI. Min. Med. Nr. 14. 1935.

W dwu przypadkach autor po naświetlaniach brzucha lampą kwarcową uzyskał znaczny wynik, mianowicie wchłonienie płynu, zwiększenie dobowej ilości moczu, powiększenie ilości ciałek czerwonych, polepszenie stanu ogólnego. *Mester* (Kraków).

Przyczynek do kliniki późnego eunuchoidyzmu i późnych objawów pokastracyjnych. ASCHNER B. i BUCH CASAMER A. Klin. Wschr. R. 14, Nr. 3. 1935.

Autorzy donoszą o 3 przypadkach późnego eunuchoidyzmu lub stanu pokastracyjnego, z których wynika, że subjektywne i objektywne objawy wypadowe do pewnego stopnia mogą być zupełnie od siebie niezależne tak, że subjektywnych może zupełnie nie być, mimo całkowitego wypadnięcia czynności gruczołów płciowych. Zaobserwowano, że podmiotowe objawy wypadowe w dużym stopniu podlegają psychicznym wpływom, a w wielu, lecz nie we wszystkich, wypadkach dostępne są zabiegom sugestywnym.

Dwa przypadki, cytowane przez autorów, dowodzą, że czynności płciowe mężczyzny, z wyjątkiem *potentia generandi*, mimo braku gruczołów płciowych lub ich objawów wypadowych mogą być utrzymane, oczywiście nie w każdym wypadku.

I przypadek dotyczy mężczyzny 30-letniego z objawami późnego eunuchoidyzmu po wygojeniu się procesu gruźliczego w płucach. Przypadek jest o tyle interesujący, że przedstawia obraz oświetlony już przez Bauera, a polegający na przypuszczeniu istnienia związku przyczynowego pomiędzy zanikiem gruczołów płciowych a gojeniem się ogniska gruźliczego w płucach. Gojenie dość szybko postępuje u osobników z niedostateczną funkcją gruczołów płciowych. Natura jakby kosztem wypadu czynności płciowych okupuje pomyślny przebieg gruźlicy.

II przypadek dowodzi, że nawet po kastracji może powstać normalny pociąg płciowy i zdolność erekcji, jeżeli jest odpowiednie nastawienie psychiczne.

III przypadek obrazuje, że momenty sugestywne jednak niezawsze mogą odgrywać rolę dominującą, czego dowodem, że u późnego kastrata z objawami wypadowemi zastosowano wstrzykiwanie przetworu przedniego płatu przysadki mózgowej, mówiąc pacjentowi, że jest to najskuteczniejszy wyciąg z jąder. Po 6 injekcjach nie było najmniejszej poprawy. Dopiero gdy zaczęto stosować androstynę „Ciba" — 1 amp. A. i 1 amp. B. na zmianę codziennie, ponadto 3 razy dziennie po dwa kołaczyki doustnie, zauważono już po 6 dniach poprawę: nawały ustąpiły, pojawiły się polucje i chory był zdolny do odbycia trzech aktów płciowych, jeden po drugim. Ogólny stan samopoczucia poprawił się: chory czuł się znacznie świeższy i zdolny do pracy.

W. Kurowski (Warszawa).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Niedokrwistość złośliwa i ciąża. F. CORELLI. Min. Med. Nr. 12. 1935.

Autor obserwował przez 7 lat pacjentkę cierpiącą na niedokrwistość złośliwą, która dwukrotnie wykazywała remisję. W czasię trzeciego nawrotu sprawy chorobowej pojawiły się również objawy nerwowe. Po leczeniu wątrobowem pacjentka, która dotąd 3-krotnie roniła, zaszła w ciążę i urodziła prawidłowo zdrowe dziecko. A. występuje przeciwko przerywaniu ciąży u chorych na niedokrwistość złośliwą, nawet w okresie nasilenia sprawy chorobowej. *Mester* (Kraków).

W sprawie leczenia diatermją zapalenia gruczołu sutkowego. A. N. POLJAŃSKAJA. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 1.

Autorka zachwala leczenie diatermją wszelkich postaci zapaleń gruczołu sutkowego. W przypadkach początkowych leczenie to sprowadza szybką poprawę bez konieczności zabiegu operacyjnego. W razie wytworzenia się ropnia diatermja przyspiesza proces oczyszczania się rany i powoduje wytworzenie się kosmetycznej blizny. Pozatem diatermja sprowadza lepsze ukrwienie narządu i tem samem nie pozbawia chorych możliwości wydzielania mleka z chorego organu. Wreszcie nagrzewania diatermją przynoszą ogromną ulgę chorym.

Spostrzeżenia swoje oparła autorka na obserwacji 40 przypadków zapaleń sutka w połogu. *J. Lenczowski* (Lwów).

Przyczynek do uszkodzenia płodu w ciąży. W. TH. SCHMIDT. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 1.

Opierając się na wyznaniach dwóch ciężarnych, które w zamiarze uśmiercenia płodu w macicy starały się uszkodzić go przez uderzenia w okolicę ciężarnej macicy przez brzuch, oraz przez inne mechaniczne sposoby, jak codzienne skoki z 2—3 metrowej wysokości, przychodzi autor do wniosku, że czynności takie w niektórych przypadkach prawdopodobnie mogą spowodować śmierć płodu, lub przyczynić się do porodu przedwczesnego. W ten sposób tłumaczy autor ten pozornie niezrozumiały fakt, że ilość dzieci urodzonych nieżywo jest procentowo wyższa u kobiet niezamężnych, niż u mężatek. *J. Lenczowski* (Lwów).

Próba koagulacyjna Weltmanna w zapaleniach przydatków. F. G. PURPER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 3.

Zachęcony wynikami stosowania tej metody serologicznej próby w celach rozpoznawczych i prognostycznych ze strony klinicystów, internistów i niektórych ginekologów, podjął autor badania nad wartością tej próby, przedewszystkiem jako metody rozpoznawczej w 53 przypadkach zapaleń przydatków macicy w porównaniu z innemi metodami pomocniczemi, stojącemi do dyspozycji klinicyście, a więc badaniem krwi na leukocytozę i opadaniem krwinek. W wywodach swoich dochodzi autor do wniosku, że odczyn Weltmanna powinien znaleźć szerokie zastosowanie kliniczne w celach rozpoznawczych i że wogóle posiada takie same wartości, jak i inne metody pomocnicze.

J. Lenczowski (Lwów).

Działanie hormonu przedniego płatu przysadki mózgowej na jajnik starczy kobiety. K. A. CSCHERTOK i S. W. PENKOW. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 3.

Przy sposobności operacji autorowie u 7 kobiet, znajdujących się od kilku lat w przekwitaniu podawali śródmięśniowo duże dawki moczu ciężarnych w ciągu kilku dni przed operacją. Po operacji zwracali uwagę na makroskopowe i drobnowidowe właściwości usuniętych jajników, a w niektórych przypadkach i w macicy. U wszystkich chorych nie znaleźli autorowie żadnego pobudzającego wpływu prolanu na jajniki, z czego wyprowadzają wniosek, że jajniki starcze nie dadzą się przywrócić do swej czynności zapomocą podawania prolanu.

J. Lenczowski (Lwów).

Prawie donoszona ciąża wśródmięśniowa. TIETZE. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 3.

Przypadek zaawansowanej ciąży, rozwijającej się w części wśródmiąższowej trąbki prawej u 39-letniej pierwiastki. Chora kilkakrotnie w czasie ciąży przechodziła zapady. Operowana w 9 miesiącu księżycowym. Jaje płodowe częściowo przedostało się poza trąbkę do jamy brzusznej. Guz otoczony był dookoła zrostami. Płód żywy, wagi 2150 g. Po 24 godzinach zmarł a na sekcji wykazano drobne wybroczyny w mózgu. W czasie laparotomji usunięto macicę nadpochwowo wraz z workiem płodowym. Badanie makroskopowe, jakoteż drobnowidowe wykazały, że ciąża usadowiła się w części wśródmiąższowej trąbki.

J. Lenczowski (Lwów).

Statystyka położnicza Hamburga od roku 1901 do r. 1930. E. HELM. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 3.

Różnorodne kwestje, poruszane przez nowożytne położnictwo, mogą być rozwiązane na podstawie dokładnych zbiorowych statystyk. Większość tych zestawień pochodzi jednak z klinik i zakładów, a więc nie obejmuje porodów, rozwiązywanych poza zakładami. Tylko statystyki, obejmujące wszystkie porody danego kraju lub okręgu mają wartość naukową. W okręgu hamburskim dzięki przymusowi zgłaszania porodów do władz administracyjnych, stało się możliwem, zebranie dużego materjału, obejmującego wszystkie przypadki położnicze. Opierając się na tym olbrzymim materjale, podnosi autor szereg zjawisk, zaobserwowanych w położnictwie hamburskiem w latach od 1901—1930. Np. okazało się, że ilość porodów czasowych stale maleje, wzrasta natomiast ilość porodów przedwczesnych; jedynie w latach ostatnich zaznacza się w tym kierunku niewielka poprawa. Ilość płodów, urodzonych nieżywo, podlegała stosunkowo nieznacznym wahaniom. Osoby zamężne, dzięki lepszej organizacji opieki położniczej, jakoteż niewątpliwym postępom położnictwa, wykazują w ostatnich latach znaczny spadek urodzeń płodów martwych. Kobiety wolne rodzą dzieci nieżywe znacznie częściej, niż zamężne, i tu nie widać żadnej poprawy w przeciągu całego okresu statystycznego. Zdanie Hirscha, że w ostatnich 55 latach nie zaszła żadna zmiana co do położeń płodu w czasie porodu, znalazła potwierdzenie u autora tylko do roku 1919. Od tego roku stwierdza się nieznaczne zwiększenie się ilości położeń twarzowych, pośladkowych i poprzecznych, na niekorzyść położeń potylicowych. Śmiertelność płodów w położeniach potylicowych i twarzowych znacznie się poprawiła, w innych położeniach nie wykazuje żadnej poprawy. Ogólna ilość operacyj położniczych wzrosła znacznie po wojnie. Dotyczy to przedewszystkiem cięcia cesarskiego. Śmiertelność matek i dzieci po cięciu cesarskiem w ostatnich 10 latach znacznie zmalała. Ilość przypadków łożyska przodującego wzrasta stale, mimo że stosunek wieloródek do pierwiastek po wojnie uległ przesunięciu na korzyść pierwiastek. Odsetek drgawek porodowych wykazuje dość znaczne i mało wytłumaczalne wahania. Podnieść należy, że w czasie wojny ilość tych powikłań nie była mniejszą, niż przed wojną.

W pracy przytoczono dużo liczb, które w krótkiem streszczeniu pomijam. *J. Lenczowski* (Lwów).

Wyniki leczenia zapaleń pochwy i nadżerek u ciężarnych bilolaktynem. BORISSOWA. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 3.

Autorka stosowała u 140 ciężarnych, cierpiących na upławy nieswoiste, często na tle rzęsistka pochwowego, nowy środek bilolaktin. Środek ten okazał się tak dzielnym, jak żaden inny, i dlatego autorka gorąco go poleca dla leczenia upławów pochwowych, szczególnie u ciężarnych.

J. Lenczowski (Lwów).

Dwa przypadki ciężkiego ogólnego zakażenia laseczką gazową w pologu. GEZA SIMONSITZ. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 1.

Zdania autorów co do wartości stosowania surowicy swoistej przeciw zakażeniu laseczką gazową Fraenkla jeszcze dotychczas są podzielone. Przedewszystkiem nie są uzgodnione poglądy co do chorobotwórczości tej laseczki. Mnożą się jednak w piśmiennictwie przypadki ciężkich ogólnych zakażeń na tle tego drobnoustroju, przypadki nierzadko śmiertelne. Autor opisuje dwa podobne przypadki, z których w jednym zakażenie powstało w związku z poronieniem i w którym, po usunięciu jaja płodowego i zastosowaniu surowicy swoistej, nastąpiło szybkie wyzdrowienie. W przypadku drugim zakażenie rozwinęło się również w związku z poronieniem. U tej chorej, mimo niewątpliwej poprawy po kilkakrotnem dożylnem stosowaniu surowicy, nastąpiło zejście śmiertelne spowodu ciężkiego rozsianego zapalenia nerek z objawami mocznicy.

Na podstawie tych dwóch przypadków autor zaleca leczenie ogólnych zakażeń laseczką gazową surowicą swoistą.

J. Lenczowski (Lwów).

W sprawie zapobiegawczej plastycznej operacji w przypadkach macic zdwojonych. Franz RHEMANN. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 1.

Autor jest zdecydowanym przeciwnikiem operacyj, mających na celu złączenie obu rogów macicy w przypadkach jej rozdwojenia. Jako dowód słuszności swego stanowiska, autor przytacza obszerne dane statystyczne, wykazujące, że powikłania położnicze, „w każdym razie charakteru poważniejszego, wydarzają się stosunkowo rzadko. Z własnego materjału klinicznego przytacza 5 przypadków, w których porody przebiegały bez najmniejszych powikłań, u jednej chorej nawet 7 razy. Z drugiej strony znane są przypadki pęknięć macicy podczas porodu po operacjach zeszycia obu połów macicy. Z tego względu autor przyłącza się do zdania Franqué'go, że operacje plastyczne na macicy winny być robione tylko wyjątkowo, naprzykład w przypadkach poronień nawykowych, o ile oczywiście macica podwójna wchodziłaby w rachubę, jako przyczyna tych zejść ciąży i o ile chora przychyla się do operacji.

J. Lenczowski (Lwów).

Znaczenie zmian w krążeniu w ciąży i podczas porodu dla powstawania drgawek porodowych. J. FRESSEL. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 1.

Autor zwraca uwagę na powiększenie ogólnej ilości krwi w ciąży i związane z tem zaburzenia, przeważnie charakteru zastoinowego w systemie żyły głównej dolnej, wrotnej, a także i żyły głównej górnej z jej odgałęzieniami do mózgu. Zastoje te utrudniają pracę przedewszystkiem nerkom i wątrobie, a później również i mózgowi. Szczególnie grozi to podczas porodu. W tem podniesieniu parcia krwi upatruje autor główną przyczynę eklampsji, uwzględniając jednakże i inne, fizyko-chemiczne zmiany osocza krwi dla sprawy powstawania tego cierpienia.

J. Lenczowski (Lwów).

Badania nad kwasotą soku żołądkowego u kobiet, dotkniętych rakiem macicy. Kurt FUGE. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 1.

Badania te, przeprowadzone w 80 przypadkach raka macicy metodą Ewalda Boas'a, wykazały w 15 przypadkach liczby znacznie niższe od normy, w 25 zaś nieco obniżone. Dane te tłumaczą z jednej strony różne dolegliwości żołądkowe, na jakie często zapadają kobiety z rakiem macicy, z drugiej strony przemawiają bezwzględnie za koniecznością podawania tym chorym kwasu solnego. *J. Lenczowski* (Lwów).

W sprawie kazuistyki wrodzonych braków skóry i kości czaszki. SCHEYER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 2.

Bezpośrednio po urodzeniu się płodu płci męskiej, wagi 3090 g zauważono na czaszce tuż przed małem ciemiączkiem owalny brak skóry i kości o wymiarach 3 cm × 2,5 cm, pozatem brak innych nieprawidłowości. Mimo że taka anomalja, jak wynika z przytoczonego piśmiennictwa, daje zawsze bardzo złe rokowanie co do życia noworodka, gdyż prowadzi albo do skrwawienia się z zatoki żylnej podłużnej, albo do zapalenia opon mózgowych, lub nawet do wytworzenia się ropnia mózgu, to w omawianym przypadku brak ten wygoił się w ciągu 3 miesięcy, pozostawiając tylko nieznaczną bliznę. Zamknięcie ubytku nastąpiło nietylko dzięki rozrostowi tkanki łącznej i skóry, ale i wytworzeniu się nowej kości, o czem autor przekonał się z obrazu rentgenowskiego, wykonanego w rok po porodzie. Również i rozwój cielesny i psychiczny nie doznał zaburzeń.

Co do przyczyny powstawania takich braków, to autor sądzi, że w przypadku opisanym nastąpiło w późniejszem życiu płodowem przyrośnięcie owodni do tego miejsca czaszki, w którem stwierdzono ów brak. Przyrośnięta owodnia stanowiła przeszkodę w dalszem tworzeniu się powłok czaszki.

J. Lenczowski (Lwów).

Guz Schloffera. Luise-Lotte HORN. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 2.

U 32-letniej kobiety, nieobarczonej żadną chorobą dziedziczną, ani też żadną chorobą nabytą zakaźną, wkrótce po laparotomji, wykonanej spowodu tyłozgięcia macicy, wytworzył się nieduży ropień w linji cięcia w powłokach. Ropień po nacięciu dłuższy czas nie oczyszczał się, brzegi ropnia naciekłe, stwardniałe. Po przeszło półrocznem leczeniu klinicznem chora opuściła zakład. W 1½ roku później chora ponownie została przyjęta do kliniki w stanie znacznie podupadłym. Cała blizna pooperacyjna znacznie naciekła, w kilku miejscach wytworzyły się obficie sączące przetoki. Chora podała, że w ciągu tego czasu operowaną była na innej klinice, gdzie wycięto jej bliznę, a po operacji stan jeszcze więcej się pogorszył. Przeciągające się ropienie zmusiło autora do zabiegu radykalniejszego. Wykonano nietylko wycięcie całego obwałowanego brzegu skórnego, ale i tkankę podskórną, a również i częściowo fascję, gdyż podczas operacji okazało się, że przetoki dążyły w głąb do fascji. Mięśnie brzucha okazały się normalne. Pewien czas po operacji wydawało się, że stan się poprawi. Jednakowoż później choroba powróciła znowu i to jeszcze z większem nasileniem. Stwardnienie nie ograniczyło się brzegami cięcia, ale przeszło daleko poza ich miejsce sięgając okolicy pępka (pierwotne cięcie było według Pfannenstiela). Przetoki również powróciły. Chora obecnie po tej ostatniej operacji już od dwóch lat znajduje się w leczeniu ambulatoryjnem, stan ogólny coraz więcej podupada i wogóle nie poddaje się żadnemu leczeniu.

Autor zastanawia się nad istotą choroby i dochodzi do wniosku, na podstawie obrazu drobnowidowego wyciętej blizny, że w omawianym przypadku wystąpiła choroba Schloffera.

J. Lenczowski (Lwów).

O zawartości potasu i wapnia we krwi podczas miesiączki. A. SCHEPETINSKY. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 2.

Badania chemiczne krwi 60 zdrowych młodych kobiet na potas i wapień podczas całego okresu miesiączkowego wykazały, że aczkolwiek u większości badanych wapień w okresie przedmiesiączkowym wzrastał, a potas zmniejszał się, to jednakże wahania te były nieznaczne i przez to nie można mówić o wagotonji w związku z regularnością.

J. Lenczowski (Lwów).

Rzadkie zarośnięcie pochwy. Karl HOLZAPFEL. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 2.

U 13-letniej dziewczynki w 4 lata po przebyciu ciężkiej płonicy doszło do zupełnego zarośnięcia pochwy w dolnym jej przebiegu. Powyżej zarośnięcia wytworzył się ropień, zawierający czystą hodowlę paciorkowców hemolitycznych. Interesującą rzeczą jest, że klinicznie ropień ten dał o sobie znać dopiero w 4 lata po chorobie, a w obrazie klinicznym brakowało objawów, wskazujących na istnienie olbrzymiego, bo sięgającego powyżej pępka ropnia tak, że początkowo przyjmowano obecność torbieli jajnikowej. Dopiero laparotomja wykazała, że guz był silnie rozciągniętą pochwą, na szczycie której znajdowały się niezmieniona macica i przydatki. Wobec powyższego jamę brzuszną zamknięto na głucho, i wykonano nacięcie pochwy od dołu. Chora wyzdrowiała.

J. Lenczowski (Lwów).

Wpływ porodu i operacyj położniczych na noworodków. K. BURGER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 2.

Opierając się na nowszem piśmiennictwie, oraz na własnym materjale, ogłoszonym na innem miejscu, podnosi autor niektóre szczegóły, mające niepośledni wpływ na śmiertelność płodów podczas porodu. Przedewszystkiem zwraca uwagę na częstość wylewów krwawych w mózgu, jako częstą przyczynę śmierci płodu. Szczególnie narażone są na te uszkodzenia płody niedonoszone dzięki miękkości pokrywy kostnej ich czaszki. Według autora wiele dzieci niedonoszonych ginie nie spowodu *„debilitas vitae"*, ile właśnie spowodu uszkodzeń mózgowych. Że miednice ścieśnione stają się szczególnie częstą przyczyną wylewów krwawych mózgu, jest rzeczą oddawna znaną. Natomiast mało zwraca się uwagi na możliwość wystąpienia tych uszkodzeń ze strony kanału rodnego miękkiego. Z tych wszystkich względów propaguje autor kilka wytycznych dla położnika w celu zmniejszenia śmiertelności płodów. A więc, walka z chorobami matek w rozbudowanych i dobrze prowadzonych poradniach dla matek, jako najlepszy środek zmniejszenia ilości przedwczesnych porodów. Zwraca autor uwagę na ważność naprawy położeń płodu już w ciąży, co da się uskutecznić właśnie w tych poradniach. Dalej, przestrzega autor przed zbytnim konserwatyzmem w położnictwie, gdyż, jak wynika ze statystyki jego, w miednicach ścieśnionych zbyt długie zwlekanie z cięciem cesarskiem nie chroni płodu od uszkodzeń mózgowych. W miednicach prawidłowych należy szybciej decydować się na kleszcze, gdyż kleszcze wczas założone przynoszą znacznie mniej szkody, niż przeciągający się poród.

J. Lenczowski (Lwów).

Nowoczesna opieka nad ciężarnemi w walce ze zmniejszeniem się porodów. Fritz STAEHLER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. Z. 97. Z. 4.

Nastawienie narodowo-socjalistyczne, jakie zapanowało wszechwładnie w Niemczech po objęciu władzy przez Hitlera, wywarło swój wpływ i na ustosunkowanie się nauki niemieckiej do sprawy opieki nad macierzyństwem. Dążąc do stworzenia podstaw zdrowia i rozwoju rasy niemieckiej, zwrócono baczną uwagę na opiekę nad ciężarną kobietą niemiecką, a przedewszystkiem nad taką ciężarną, która daje największą gwarancję urodzenia zdrowego i nieobarczonego dziedzicznie dziecka. Wychodząc z tego założenia, poradnia kliniczna nie ogranicza się tylko do zwykłego badania kobiety ciężarnej, lecz zasięga porady urzędu eugenicznego, który przeprowadza badania i wywiady co do stanu zdrowia krewnych ciężarnej pod kątem widzenia chorób dziedzicznych. Jeżeli badania wypadną pomyślnie, to nad kobietą taką roztacza się opiekę jaknajdalej ułatwiającą przebycie ciąży i porodu. Opieka ta wyraża się w razie potrzeby w subsydjach pieniężnych, naturaljach, a nawet w długotrwałem pobyciu jej na klinice. Z pomocy tej bezwarunkowo nie mogą korzystać osoby, obarczone dziedzicznie. Według autora należy pozbyć się „miękkiego serca", a zawsze mieć na względzie przyszłe zdrowie narodu, jako całości. Analizując przyczyny spadku urodzeń w Niemczech, stwierdza autor, że w rachubę tu wchodzą trzy główne powody: a) upadek obyczajności, wskutek czego małżeństwa w celach osobisto-egoistycznych nie chcą obarczać się dziećmi, b) nędza materjalna ogółu ludności, c) ułomności fizyczne. Walka z temi przyczynami rozwijana jest przez poradnię kliniczną w ten sposób, że słowem i pismem jakoteż osobistym wpływem prowadzi się propagandę za powiększeniem rodziny i wskazuje się na obowiązek narodowy małżeństw zdrowych posiadania jaknajwiększej ilości dzieci. Małżeństwom słabym pod względem materjalnym przychodzi poradnia z wydatną pomocą pieniężną, jak to wyżej powiedziano. Cała praca poradni klinicznej jest pod znakiem wybitnie narodowym i odbywa się pod hasłem: „Zdrowa pod względem dziedzicznym kobieta ciężarna jest podwójnie wartościowym członkiem narodu".

J. Lenczowski (Lwów).

Okulistyka.

Klasyfikacja jaglicy i jej zastosowanie w pracy przychodni przeciwjagliczych. Romana LITAUER. Przegl. Trachomat. i Okul. Społ. 1934. Nr. 1.

Autorka wychodzi z podziału klinicznego Mac Callana (I. jaglica początkowa lub wątpliwa, II. jaglica rozwinięta, III. jaglica przedbliznowata *(précicatriciel)*. IV. jaglica bliznowata). W pierwszym okresie może chodzić o podejrzenie na jaglicę, albo o stwierdzoną jaglicę początkową; w tym drugim wypadku należy założyć t. zw. środowisko jaglicze i zastosować odpowiednie środki ostrożności, jednak praca szkolna i zawodowa, o ile niema wydzieliny, nie musi ulec przerwie. W tym okresie wyleczenie może jeszcze nastąpić bez blizn. W okresie II, jaglicy rozwiniętej, stan jest bardzo zaraźliwy, praca musi być przerwaną i należy często badać osoby stykające się z chorym („kontakty"). III okres autorka proponuje nazwać przejściowym (jaglica podleczona). Zakaźność tu jest mniejsza, zajęcia — z uwzględnieniem przepisów higjeny — są możliwe. W IV okresie (zejściowy, jaglica zaleczona) chodzi o rekonwalescentów, którzy jednak powinni być przez dłuższy czas obserwowani, gdyż zawsze są możliwe nawroty albo reinfekcje. Powikłania występują w II i III okresie spowodu czynnego procesu (łuszczka i wrzody rogówki), w III i IV spowodu zbliznowacenia *(trichiasis, xerosis)*. W I, II i III okresie przypadki powinny być zgłaszane do urzędów sanitarnych.

J. Grzędzielski (Lwów).

O przyczynach powstawania łuszczki jagliczej. B. PINES. Przegl. Trachomat. i Okul. Społ. 1934. Nr. 1.

Autor nie podziela zdania Sokołowskiego, by łuszczka jaglicza była jedynie następstwem pocierania rogówki przez chropowatą spojówkę. Przeciwnie, łuszczka polega na tym samym procesie jagliczym, który zajmuje spojówkę, o czem świadczą liczne spostrzeżenia kliniczne i badania histologiczne. Znane są wypadki, gdzie przy leczeniu łuszczka się cofa, mimo że spojówka się nie wygładza. Efekt operacji Deniga nie może polegać więc na uniesieniu powieki przez gruby płat, lecz na stworzeniu zapory między rogówką, a schorzałą spojówką. Zapora ta może być zresztą względna, płat błony śluzowej może ulec zakażeniu, mogą też naczynia obejść go poprostu dokoła. Lecz w większości przypadków operacja Deniga jest skuteczna, a polega to na szybkiem przyjęciu się płatu i na obfitem jego unaczynieniu, co stwarza dobre warunki odżywcze dla rogówki.

J. Grzędzielski (Lwów).

Pogląd na działalność leczniczą Zakładu Witkowickiego w ostatniem dziesięcioleciu. K. MAJEWSKI. Przegl. Trachomat. i Okul. Społ. 1934. Nr. 2.

W latach 1924—1933 przez Zakład Witkowicki przeszło 1513 dzieci, z czego 1346 zostało wyleczonych, reszta jako podleczone musiała zostać przedwcześnie wypisana. Czas leczenia wahał się od stosunkowo krótkiego do całych lat i wynosił średnio 667 dni. Po ukończeniu leczenia koniecznym jest przynajmniej 3 miesięczny okres obserwacji. Autor zastanawia się nad przyczynami tak długiego okresu leczenia. Obok rozmaitych przyczyn odgrywa tu bardzo ważną rolę częste powikłanie jaglicy zmianami skrofulicznemi. Wymagało to stworzenia osobnego oddziału dla dzieci skrofulicznych i specjalnego ich leczenia. W statystyce zwraca uwagę też coraz przedłużający się z roku na rok czas trwania leczenia. Nie oznacza to bynajmniej, by leczenie było gorsze, lecz jest to następstwem gromadzenia się w zakładzie przypadków szczególnie opornych. Z tych „weteranek", które nawet kilkanaście lat mieszkają w zakładzie, stworzona została osobna grupa, w celu łatwiejszego przeglądu. W każdym razie Zakład Witkowicki spełnia sumiennie swą rolę społeczną

i dzięki jego działalności jaglica zniknęła prawie zupełnie z zakładów zamkniętych w południowo-zachodnich obszarach Państwa.

Witkowice autor nie uważa wyłącznie za zakład leczniczy, lecz także za ośrodek naukowo-badawczy jako część Kliniki Okulistycznej U. J. Prowadzi się w nim liczne badania eksperymentalne nad jaglicą, a zamierzoną jest rozbudowa Zakładu i założenie pracowni histologicznej, serologicznej i bakterjologicznej. *J. Grzędzielski* (Lwów).

Rola Oddziału Ocznego Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie w zwalczaniu jaglicy. L. BEER. Przegl. Trachomat. i Okul. Społ. 1934. Nr. 2.

Autor omawia znaczenie Kliniki Okulistycznej i Oddziału Ocznego Szpitala we Lwowie dla zwalczania jaglicy w południowo-wschodnich województwach. Na Oddział Oczny są przyjmowani zasadniczo chorzy z powikłaniami rogówkowemi i wskazaniami operacyjnemi. Jedynie dzieci są przyjmowane bez powikłań. Pozatem stosuje się system leczenia ambulatoryjnego. Zarówno chorzy oddziałowi, jak i ambulatoryjni są oddzieleni od przypadków niejagliczych. Autor następnie podaje zestawienie cyfrowe ruchu chorych w latach 1927—1932 i porównuje je ze statystyką Kliniki Okulistycznej, podaną przez Dr. Dowbuszową. Autor stwierdza, że ilość chorych jagliczych w ostatnich latach się zmniejsza, ale jest jeszcze daleko do wygaśnięcia jaglicy, gdyż złe warunki materjalne często uniemożliwiają leczenie się. *J. Grzędzielski* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademja Umiejętności.

Posiedzenie IV Wydziału Lekarskiego z dnia 15 kwietnia 1935 r.

Przewodniczący: Dyrektor H. Hoyer.

Czł. J. Olbrycht przedstawia pracę swoją p. t. *„O błonie dziewiczej dwublaszkowej“.*

Autor spostrzegał na zwłokach 25 letniej kobiety, zmarłej spowodu otrucia CO, niezwykły kształt błony dziewiczej, przez wielu autorów wogóle zaprzeczany, w postaci dwu blaszek pierścieniowatych, poza sobą ułożonych i nigdzie niezlepionych. Na podstawie przeprowadzonego badania i odnośnego piśmiennictwa podaje autor trzy możliwości wytłumaczenia jej powstania i rozwoju: 1) silnie wykształcona *„plica retrohymenalis“*, utrzymująca się aż do 25 roku życia (Klaatsch), 2) utrzymanie się dwu blaszek błony dziewiczej, będących prawidłowym zawiązkiem każdej błony dziewiczej, które powinny były się zlepić (Schäffer), 3) utrzymanie się nadal dwu blaszek, t. j. *„plica hymenalis“* oraz *„plica vulvo-vaginalis“*, podczas gdy *„plica vulvo-vaginalis“* powinna była ulec wygładzeniu i zniknąć (Taussig).

Czł. K. Kostanecki i M. Rutkowski przedstawiają pracę p. T. Rogalskiego p. t. *„Anatomja postawy stojącej człowieka“.*

Badania przeprowadzone przy pomocy dźwigni jednoramiennej, połączonej z wagą osobową przezmianową, dla wyznaczenia płaszczyzny czołowej, w której leży pion środka ciężkości ciała. Następnie fotografowano badanego osobnika wraz z pionem na dźwigni, a na zdjęciach wykreślano osi podłużne głównych odcinków ciała przez połączenie linjami prostemi wyznaczonych poprzednio na ciele orjentacyjnych punktów kostnych.

Materjał, dobrany pod względem wieku, zdrowia i wydajności fizycznej, składał się z 254 kobiet i 216 mężczyzn, w 95% ze studentów i studentek wyższych uczelni, głównie uniwersytetu.

Analiza procentowa, graficzna i kątów nachylenia tułowia i kończyn dolnych pozwala wysnuć następujące wnioski:

1) Za t. zw. prawidłową postawę należy uznać postawę zwykłą swobodną, ani napiętą, ani wymuszoną, t. zn. postawę spoczynkową — przy równomiernem rozłożeniu ciężaru ciała na obie stopy — u osobnika młodego, zdrowego, okazującego dostateczną fizyczną wydajność czynnościową.

2) Położenie płaszczyzny czołowej, w jakiej leży środek ciężkości ciała, nie jest stałe, jak to ogólnie przyjmowano. Za stałą i charakterystyczną wartość można uważać tę płaszczyznę dla jednego osobnika, lub dla pewnej tylko grupy osób. Przy badaniach postawy należy zatem każdorazowo wyznaczyć środek ciężkości i pion przez niego przechodzący, osobno dla każdego badanego osobnika. Że pion środka ciężkości ciała jest dla danego osobnika wartością stałą — prawdopodobnie konstytucjonalnie uwarunkowaną — przekonują również badania, przeprowadzone w tym kierunku z temi samemi osobami w odstępach kilku do kilkunastu miesięcy. Zdjęcia fotograficzne, robione każdorazowo podaną wyżej metodą, przekonują, że przesunięcie płaszczyzny czołowej pionu wynosiło w różnych czasach conajwyżej parę milimetrów. Sposób zatem trzymania się pozostawał zawsze ten sam, typowy dla danej osoby.

3) Charakterystyczne cechy postawy stojącej tkwią w ułożeniu osi poszczególnych odcinków ciała względem płaszczyzny kierunkowej, jaką stanowi wyznaczona w sposób wyżej podany czołowa płaszczyzna pionu, przechodzącego przez środek ciężkości ciała.

4) Punkty kostne, wyznaczające osi głównych odcinków ciała, t. j. wyrostek szczytowy łopatki, krętarz wielki, główka strzałki (lub środek stawu kolanowego) i kostka zewnętrzna, innemi słowy środki stawów: barkowego, biodrowego, kolanowego i górnego skokowego, nie leżą nigdy ani na tej samej prostej, ani na tej samej linji pionowej, ani w pionie środka ciężkości ciała.

5) Osi głównych odcinków ciała są nachylone do poziomu pod różnemi kątami i tworzą razem linię łamaną. Osi kończyn dolnych nachylone są górnym końcem do pionu. Nachylenie to jest przeciętnie takie samo u kobiet, jak u mężczyzn, czyli nogi są jednakowo skośnie u obu płci ustawione. Oś tułowia odchyla się górnym końcem od pionu. Odchylenie to jest u mężczyzn minimalne, u kobiet wynosi 3^0—4^0. Mężczyzna — więcej wyprostowany — raczej stoi na nogach, kobieta — lekko w stawie biodrowym złamana — sprawia wrażenie, że raczej siedzi tułowiem na nogach.

6) Nie można mówić o pewnej, bezwzględnie dla jednej płci charakterystycznej postawie stojącej, tak jak nie można prawie znaleźć w układzie narządu ruchu kryterjów bezwzględnie charakterystycznych dla kobiety lub mężczyzny. Biorąc jednak na uwagę średnią procentową, znajdujemy różnicę w ich postawach. Widzimy ją nietylko w różnem położeniu orjentacyjnych punktów kostnych względem pionu i w różnych kątach nachylenia odcinków ciała, lecz nadto, i to głównie, w ustawieniu ciała jako całości względem płaszczyzny czołowej pionu. U kobiety jest ono więcej do pionu zbliżone, u mężczyzny od niego ku tyłowi oddalone, stąd u kobiety pion ten często bardzo przebiega poza krętarzem, przecina goleń w 1/3 dolnej i pada bliżej kostki zewnętrznej, często poza guzowatością V kości śródstopia. U mężczyzny przeciwnie, przebiega on często przed krętarzem, przecina goleń w 1/3 górnej, a później, więcej ku przodowi od stawu kolanowego oddalony, pada najczęściej przed guzowatością V kości śródstopia.

7) Na podstawie dokładnych analiz, procentowej i graficznej, można wyróżnić nie jeden, ale więcej typów postawy prawidłowej.

Czł. S. Ciechanowski i M. Konopacki przedstawiają pracę p. B. Pieczenko p. t. *„Przyczynek do sprawy przeszczepiania nowotworów złośliwych. Cz. II. Histogeneza zaszczepionego myszom mięsaka Jensena szczurzego“.*

Autor zbadał szczegółowo losy przeszczepionych komórek nowotworu i drogę, którą powstaje nowotwór u myszy, szczepionych w dziewięciu serjach heteroplastycznie mięsakiem Jensena szczurzym z dodatkiem prawidłowej krwi myszy.

W dwie doby po szczepieniu w tkance gospodarza na miejscu szczepienia stwierdził autor komórki, których morfologja odpowiada typowi budowy komórek nowotworowych zaszczepionych. Na czwartą dobę po szczepieniu część zaszczepionych komórek wyrodnieje, pewna niewielka stosunkowo część w bardzo powolnem tempie dzieli się, zachowując budowę prawidłową, reszta zaś komórek produkuje nowotwór. Komórki, produkujące nowotwór, zaokrąglają się i jądro ich się zwiększa. Te okrągłe formy przekształcają się w komórki nowotworowe. Dzieląc się, przyjmują komórki nowotworowe typowe kształty komórek mięsaka Jensena szczurzego i w ciągu paru dni wytwarzają nowotwór. W nowotworach daty starszej (5 dni do 17 dni po szczepieniu) większa część zaszczepionych komórek wyrodnieje. Jednakże pojedyncze komórki zachowują prawidłową budowę i prawdopodobnie przy specjalnych warunkach mogą wytworzyć nowotwór.

Czł. E. Godlewski i M. Rutkowski przedstawiają pracę p. A. Kulczyckiego i G. Nowotnego p. t. *„Torakoplastyka i mięsień piersiowy jako fizjologiczna plomba płuc“.*

Wartość zastosowania tkanki mięsnej *(m. pectoralis)* jako fizjologicznej plomby przy chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc badali autorowie doświadczalnie na królikach, otrzymując przez odpowiednią plastykę mięśnia piersiowego plombę fizjologiczną.

Plomba, pomimo zachowania o ile możności jaknajlepszych warunków odżywienia, ulega w przeciągu bardzo krótkiego czasu po operacji zmianom wstecznym i zanikowym. Autorowie badali histologiczne obrazy całego tego procesu. Wynika z nich, że tkanka mięsna plomby podlega przedewszystkiem zmianom o cha-

rakterze zwyrodnienia woskowego i drobnoziarnistego, a dalej zmianom tłuszczowym, wodniczkowym i rozpadowi włókienkowemu. Na pierwszy plan wysuwa się zwyrodnienie woskowe, przebiegające z dużem nasileniem i wielką rozmaitością.

Dla większości obrazów zwyrodnienia mięśnia charakterystyczna jest mała ilość jąder w wyrodniejących włóknach. Produkty zwyrodnienia dość szybko ulegają fagocytozie i wessaniu. Na ich miejscu zaczyna bujać silnie tkanka łączna, której rozrost jest oznaką fizjologicznej i anatomicznej śmierci plomby.

Wyniki te pozwalają przypuszczać, że tkanka mięsna w charakterze plomby nie jest w tym stopniu odpowiednia, jakby to w założeniu można było przypuszczać.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia administracyjno-sprawozdawczego z dnia 16 stycznia 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Przewodniczący zagaja posiedzenie i udziela głosu Sekretarzowi Stałemu p. prof. Gieszczykiewiczowi, który wygłasza *sprawozdanie sekretarskie za rok 1934.*

Rok 1934 rozpoczęto posiedzeniem administracyjno-sprawozdawczem w dniu 17. I. 1934, na którem ustępujący Zarząd złożył sprawozdanie ze swej działalności. W dyskusji, jaka się nad tem wywiązała, zabierało głos 13 członków. Po udzieleniu absolutorjum, wybrano ponownie ustępujący Zarząd w tym samym składzie na rok rozpoczynający się.

Towarzystwo odbyło 27 zwyczajnych posiedzeń naukowych, jedno nadzwyczajne oraz dwa posiedzenia uroczyste poświęcone: pierwsze uczczeniu pamięci niedawno zmarłych wielkich uczonych i lekarzy francuskich Emila Roux i Alberta Calmette, drugie upamiętnieniu setnej rocznicy urodzin Henryka Hoyera starszego.

Na posiedzeniach naukowych wygłoszono 32 odczyty, w tem 5 z zakresu higjeny wraz z epidemiologją i profilaktyką chorób zakaźnych, po 3 z ginekologii, interny, neurologji i radjologji, po 2 z zakresu balneologji, historji medycyny i patologji, po jednym z biologji, fizjologji, serologji, chirurgji, laryngologji, okulistyki, pediatrji, stomatologji oraz medycyny lotniczej. Przedstawiano również chorych i preparaty anatomo-patologiczne przeważnie uzyskane drogą operacyjną. Było ogółem pokazów 34, w tem 10 z zakresu neurologji, 8 ginekologicznych, 6 internistycznych, 5 chirurgicznych, 3 z oto-laryngologji, 2 z zakresu okulistyki. W dyskusji nad odczytami i pokazami zabierano głos 136 razy.

Oprócz członków Towarzystwa wygłaszali także odczyty goście, z których wyszczególnić należy prof. Reding'a z Brukseli, znanego z swych badań z zakresu patologji raka, b. ministra dr. Chodźkę i radcę dr. Tubiasza z Warszawy, którzy przedstawili bardzo interesujące referaty o wolu, płk. dr. Huszczę, Kierownika Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich, który mówił o aktualnych zagadnieniach medycyny lotniczej, Inż. Fischera, któremu zawdzięczamy omówienie sprawy asanizacji Miasta Krakowa oraz dr. Dreikursa z Wiednia. Pozatem wielu gości zabierało głos w dyskusji.

Na posiedzeniu ku czci Roux i Calmette zabierał głos Prezes Towarzystwa i trzech prelegentów, na poświęconem Hoyerowi sen. Prezes i czterech prelegentów.

Po odczycie inż. Fischera powzięło Towarzystwo rezolucję, wzywającą Władze Miejskie i Centralne do poczynienia starań o zabezpieczenie Krakowa przed powodzią.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie starało się o utrzymanie przyjaznych stosunków z innemi analogicznemi stowarzyszeniami, z któremi odbywano niekiedy wspólne posiedzenia. Tak w dniu 2. V. połączono zwyczajne naukowe posiedzenie naszego Towarzystwa z Walnem Zgromadzeniem Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. Posiedzenie w dniu 21. II. urządzono w łączności z Krakowskiem Kołem T-wa Internistów Polskich, a 2 posiedzenia w jesieni odbyto wspólnie z Krakowskiem Towarzystwem Ginekologicznem.

W r. 1934 poniosło Towarzystwo bolesną stratę. Zmarli bowiem Koledzy: Dr. Juljan Aronson, Dr. Michał Hładij, Dr. Zenon Pelczar, Dr. Karol Sternbach i Dr. Stanisław Wojewski.

Wystąpiło lub wykreślono spowodu zalegania z wkładkami 24 członków, wstąpiło na ich miejsce 6 nowych. Stan zatem zmniejszył się o 23 tak, że z początkiem roku 1935 liczy Towarzystwo tylko 187 członków zwyczajnych.

Delegacja Towarzystwa wzięła udział pod przewodnictwem Prezesa w Walnem Zgromadzeniu Delegatów do T-wa Lekarzy Polskich b. Galicji, które odbyło się w Morszynie-Zdroju dnia 10. VI. Z Zebrania tego zdał sprawę Prezes na najbliższem posiedzeniu.

W lecie podejmowało Polskie Towarzystwo Balneologiczne wycieczkę lekarzy rumuńskich, we wrześniu Krakowskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze gościło lekarzy zagranicznych, zwiedzających Kraków w powrocie z Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Warszawie. Oba przyjęcia odbyły się w lokalu Towarzystwa Lekarskiego, przy udziale wielu jego członków.

Dr. Adam Ackermann złożył *sprawozdanie skarbnika za rok 1934.*

Dr. Stanisław Karasiński złożył *sprawozdanie gospodarza za rok 1934.*

Dr. Józef Spira złożył *sprawozdanie bibljotekarza za rok 1934.*

W dyskusji nad sprawozdaniem Zarządu prof. Wachholz, nawiązując do sprawozdania skarbnika podnosi, że Jego zdaniem koszt wydawnictwa Polskiej Gazety Lekarskiej jest zbyt wysoki, zwłaszcza jeżeli weźmie się pod uwagę jej formę zewnętrzną, jak np. lichy papier, zanadto drobny i nieczytelny druk, niewygodny sposób spinania zeszytu, wszywane w tekst ogłoszenia reklamowe. Pozatem oświadcza, iż ilość odbitek przesyłanych autorom, zwłaszcza wobec niehonorowania prac jest mała i mniejsza, jak w innych czasopismach. Sądzi, że tygodnik pozbawiony ilustracyj i niepłacący honorarjów autorskich przy obecnych cenach druku powinien kosztować znacznie taniej.

Prof. Kostrzewski oświadcza, że wprawdzie o administracyjnej stronie wydawnictwa nie jest dokładnie poinformowany, to jednak wydaje mu się, że cena Polskiej Gazety Lekarskiej nie jest za wysoka.

Prof. Wachholz stawia wniosek: „Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego zwróci się do Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji z prośbą o poprawę formy zewnętrznej Polskiej Gazety Lekarskiej i obniżenie ceny".

Wniosek przyjęto.

Dr. Tymoteusz Piotrowski imieniem Komisji Kontrolującej stwierdza, że wszystkie działy Towarzystwa są prowadzone wzorowo, a księgi rachunkowe są w całkowitym porządku oraz stawia wniosek o uchwalenie absolutorjum.

Wniosek o udzielenie absolutorjum przyjęto przez aklamację.

Doc. Szymanowicz dziękuje członkom Zarządu i Towarzystwa za współpracę nad rozwojem Towarzystwa.

Dr. Józef Surzycki, imieniem Komisji Przedwyborczej proponuje wybór na rok 1935 dotychczasowego Zarządu w całości.

Wniosek Komisji Przedwyborczej przyjęto przez aklamację.

Skład Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego na rok 1935 przedstawia się wobec powyższego następująco:

Prezes: Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Wiceprezes: Dr. Maksymiljan Blassberg.

Sekretarz Doroczny: Dr. Stefan Schwarz.

Sekretarz Stały: Prof. Dr. Marjan Gieszczykiewicz.

Skarbnik: Dr. Adam Ackermann.

Bibljotekarz: Dr. Józef Spira.

Gospodarz: Dr. Stanisław Karasiński.

Redaktorowie Polskiej Gazety Lekarskiej Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski i Prof. Dr. Józef Kostrzewski.

Komisja Kontrolująca: Dr. Tymoteusz Piotrowski i Dr. Bruno Woyciechowski.

Delegaci do Rady Zawiadowczej T-wa Lekarzy Polskich b. Galicji: Prof. Dr. J. Lenartowicz i Prof. Dr. W. Nowicki (ze Lwowa).

Delegaci na Walne Zgromadzenie Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji: Prof. Dr. Artwiński, Dr. Blassberg, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Frommer, Dr. Glasner, Prof. Dr. Glatzel, Prof. Dr. Latkowski, Prof. Dr. Olbrycht, Dr. Owsiński, Dr. Surzycki.

Delegat Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego do Komisji Rewizyjnej Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji: Dr. Owsiński.

Doc. Dr. Szymanowicz imieniem swojem i nowowybranego Zarządu dziękuje Kolegom za zaszczytny wybór.

W ostatnim punkcie porządku dziennego prof. Wachholz proponuje, aby Zarząd rozesłał odpowiednią odezwę do zakładów uniwersyteckich, klinik i lekarzy niepracujących w tych zakładach z apelem do wpisywania się na członków Towarzystwa.

W dalszym ciągu zwraca mówca uwagę, że portrety b. prezesów Towarzystwa zawieszone w sali małej uległy już dość znacznemu zniszczeniu i proponuje, aby Zarząd zajął się odnowieniem ich.

W celu ożywienia życia w Towarzystwie proponuje prof. Wachholz wznowienie wieczorów czwartkowych, na których byłyby poruszane tematy z działów innych, a przedewszystkiem przyrody.

Pozatem proponuje urządzanie skromnych wieczerzy towarzyskich, które możnaby połączyć z temi właśnie wieczorami czwartkowemi.

W odpowiedzi prof. Wachholzowi, Doc. Szymanowicz zaznacza, że odezwa, o której wspominał prof. Wachholz została na ostatniem posiedzeniu Zarządu uchwalona i Zarząd zajmie się w najbliższym czasie jej rozesłaniem.

Również urządzanie wieczorów poświęconych tematom nielekarskim było na Zarządzie rozważane i cały szereg takich wykładów jest w przygotowaniu.

Urządzanie kolacji raz w miesiącu będzie w najbliższym czasie wprowadzone w życie.

Również sprawę odnowienia portretów przekazuje się gospodarzowi Towarzystwa.

Płk. Dr. Maciąg, nawiązując do przemówienia prof. Wachholza, proponuje, ażeby nie urządzać wieczorów z tematami ogólnemi we czwartki, lecz ze względu na możliwość małej frekwencji poświęcać jedną ze śród w miesiącu na powyższe zebrania.

Prof. Wachholz godzi się na tę poprawkę.

Wniosek prof. Wachholza z poprawką płk. dr. Maciąga w sprawie urządzania w jedną ze śród miesiąca wieczorów poświęconych tematom ogólnym przechodzi jednogłośnie.

Dr. Karasiński stawia wniosek, aby Zarząd urządził ankietę w sprawie ustalenia najodpowiedniejszej na posiedzenia naukowe godziny, uzasadniając wniosek tem, że wielu lekarzy tłumaczy swoją nieobecność na posiedzeniach późną godziną rozpoczynania posiedzeń.

Przeciw wnioskowi wypowiada się prof. Kostrzewski i Doc. Szymanowicz. Wniosek upadł większością 6 głosów.

W dyskusji zabierali głos dalej Prof. Kostrzewski trzykrotnie, Dr. Karasiński dwukrotnie, Dr. Schwarzbart, Doc. Szymanowicz dwukrotnie.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół XV posiedzenia naukowego z dnia 9 maja 1934 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. W. Jakowicki.

1. Dr. Cz. Ryll-Nardzewski przedstawia *przypadek wrzodu miękkiego na palcu* u szereg. B. Sz. (hist. chor. L. p. 1998), przyjętego do szpitala spowodu wrzodu miękkiego, powikłanego stulejką zapalną. Owrzodzenie powstało na III palcu ręki lewej przez samozakażenie (pokaz preparatu mikroskopowego). Samozakażenia poza narządami płciowemi są względnie częste. W szpitalu wojskowym w Wilnie na dużym materjale w ciągu 10 lat były spostrzegane zaledwie 4 takie przypadki (pokaz fotografji).

W dyskusji: Dr. J. Ryll-Nardzewska wspomina o 2 rzadkich przypadkach umiejscowienia wrzodu twardego na nosie i łysinie.

2. Dr. B. Puchowski w referacie: *„Z kazuistyki Zakładu Medycyny Sądowej U. S. B."* przedstawia 4 przypadki:

a) Drobne ognisko zapalne niespecyficznego pochodzenia, umieszczone w *velum medullare anterius*, spowodowało zlepienie się wyściółki IV komory oraz zamknięcie światła wodociągu Sylwiusa. Zejście śmiertelne nastąpiło wskutek zastoju płynu mózgowo-rdzeniowego wśród objawów wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego. Rozpoznanie kliniczne było: zapalenie opon.

b) Sztuczne poronienie wykonane na prowincji przez lekarza zapomocą ręcznego wydobycia płodu i łożyska spowodowało zgorzel gazową macicy i surowiczo-krwawe zapalenie otrzewnej z zejściem śmiertelnem. Zgorzel gazowa powstała wskutek zakażenia laseczką Fraenkla. Referent demonstruje chararakterystycznie zmienioną macicę oraz podkreśla, że zakażenia wymienioną laseczką są stosunkowo bardzo rzadkie.

c) Referent demonstruje *fibroendothelioma durae matris* wielkości pomarańczy, pobrany w czasie sekcji zwłok 19-letniego parobka. Guz spowodował zmiany zanikowe obu kończyn prawej strony oraz ich niedowład. Denat był sekcjonowany spowodu śmiertelnego wypadku, jakiemu uległ w czasie młócenia zboża, trafiając do trybów koła napędowego i ulegając zmiażdżeniu czaszki. Przyczyną wypadku przy pracy był guz. Referent podkreśla konieczność wykonywania dokładnej sekcji w każdym przypadku gwałtownej śmierci, szczególnie w przypadkach śmierci przy pracy.

d) Celem dostania się do szpitala więzień połknął 12 patyków wyłamanych z miotły i 3 kawałki ostrego drutu. Zejście śmiertelne nastąpiło na dwunasty dzień spowodu skrwawienia się wewnętrznego z uszkodzonych naczyń żołądka. Pomimo że patyki było 10—12 cm długie, nie nastąpiło przebicie ścian żołądka.

W dyskusji zabierał głos prof. dr. S. Schilling-Siengalewicz.

3. Doc. Dr. J. Hurynowiczówna i Doc. Dr. E. Czarnecki wygłaszają referat p. t.: *„W sprawie określania przez skórę chronaksji subordynacyjnej i konstytucyjnej nerwu błędnego u królików".*

Określanie pobudliwości nerwu błędnego w niezmienionych warunkach jego czynności dokonane po raz pierwszy przez skórę na szyi, po wyeliminowaniu możliwego jednoczesnego wpływu działania nerwu współczulnego, tętnicy szyjnej, nerwów czuciowych skóry badanej okolicy — dało wielkości chronaksyjne około 0,5 *sigma*. Jest to chronaksja subordynacyjna nerwu błędnego, nieizolowanego od całości organizmu.

Chronaksja przeciętego nerwu błędnego, chronaksja konstytucyjna, wynosi około 1 *sigma*. (Praca w całości przeznaczona do druku).

4. Doc. Dr. T. Wąsowski i Doc. Dr. J. Hurynowiczówna wygłaszają referat p. t.: *„Zmiany pobudliwości nerwu błędnego po sztucznie wywołanym zakrzepie żyły szyjnej badane metodą chronaksji".* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Prof. dr. W. Jakowicki wyraża zdanie, że badania metodą chronaksji mogłyby oddać duże usługi w wykrywaniu utajonych zakrzepów w położnictwie i ginekologji.

Sekretarz T-wa: *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Helena Schusterówna, adjunkt Zakł. Anatomji Patologicznej U. J. K. we Lwowie, habilitowała się z zakresu anatomji patologicznej na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Komitet Organizacyjny VII Zjazdu Ginekologów Polskich zawiadamia, że zgłoszenia tytułu referatów zjazdowych wraz z podaniem krótkiego streszczenia nadsyłać należy do dnia 30 czerwca b. r. Koledzy życzący sobie, aby prace ich przeznaczone na Zjazd, były wydrukowane w całości w zeszycie Ginekologji Polskiej, który ukaże się bezpośrednio przed Zjazdem, winni równocześnie nadesłać rękopisy pracy. Adres Komitetu: Lwów, ul. Pijarów 4. Klinika Położniczo-Ginekologiczna.

Program X Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Krakowie w dniach 29 do 30 czerwca 1935 r. I dzień Zjazdu 29. VI. przedpołudnie: 1. Prof. Dr. Fr. Šamberger (Praga): Podział chorób skórnych pod względem ich patogenezy. 2. Prof. Dr. R. Leszczyński (Lwów). Wpływ kobiecych narządów rodnych na układ siateczkowo-śródbłonkowy skóry. 3. Doc. Dr. M. Grzybowski (Warszawa): Unerwienie nabłoniaków skóry. 4. Doc. Dr. E. Petráček i E. Markolous (Praga): Choroby skóry a zaburzenia dokrewne. 5. Dr. E. Brunner (Warszawa): Zmiany kostne w chorobie Besnier-Beecka. 6. Dr. F. Goldschlag (Lwów): Badania nad stanem patergji skóry wobec limfopędnego działania morfiny. 7. Dr. K. Kauczyński (Lwów): Metoda Gröera w zastosowaniu do oznaczania stopnia alergji gruźlicy skóry. 8. Dr. J. Goćkowski (Warszawa): Badania nad uczuleniem skóry na związki arsenowe. 9. Dr. K. Zisch i Dr. T. Chorążak (Lwów): Oddziaływanie ustroju ludzkiego na wyciągi skórne. 10. Dr. B. Jałowy (Lwów): Koloidy elektroujemne, a układ siateczkowo-śródbłonkowy skóry. 11. Doc. Dr. H. Reiss (Kraków): Badania doświadczalne nad histobiologją tłuszczów i lipoidów w skórze ludzkiej. — 29. VI. popołudniu: 1. Dr. E. Sonnenberg i Dr. Dobrowolski (Łódź): Dziewięć lat leczenia prewencyjnego kiły bizmutem w Łodzi. 2. Prof. Dr. J. Lenartowicz (Lwów): Z badań nad kiłą doświadczalną (domózgowe szczepienia kiły). 3. Dr. K. Cholewius (Warszawa): Wczesna nerczyca kiłowa. 4. Dr. G. Szperówna (Warszawa): Badania czynnościowe nerek u chorych z nietolerancją na salwarsan. 5. Dr. R. Srokowska (Warszawa): Leczenie kiły objawowej odwarem Zittmanna. 6. Dr. J. Goćkowski (Warszawa): Wartości kliniczne sulfarsenolu i neokardylu w leczeniu kiły. 7. Dr. R. Srokowska (Warszawa): Odczyny luetynowe w różnych okresach kiły. 8. Dr. Z. Jastrzębska (Warszawa): Prowokacyjny wpływ nowarsenobenzolu na odczyn Wassermanna. 9. Dr. J. Makowiec (Poznań): Zachowanie się od-

czynu Wassermanna w przypadkach kiły leczonej u osobników o różnych grupach serologicznych. 10. Dr. K. Lejman (Kraków): Obraz cytologiczny in vivo gruczołów chłonnych w przebiegu kiły i chorób skórnych. 11. Dr. J. Stopczański (Kraków): Badania nad przemianą węglowodanową w chorobach skóry. 12. Dr. L. Horowitz-Wandsteinowa (Kraków): Adenoma sebaceum (z pokazem przypadku). 13. Dr. D. Rubinstein (Kraków): Leczenie promieniami X zapaleń rzeżączkowych sterczu. 14. Dr. J. Stopczański (Kraków): Powstanie i dotychczasowa działalność Miejskiej Przychodni Przeciwwenerycznej w Krakowie. 15. Dr. L. Hirsch (Kraków): Z badań nad ruchem chorych przychodnich w Klinice Dermatologicznej U. J. w roku 1933/34.

II dzień Zjazdu 30. VI. przedpołudniem: 1. Prof. Dr. J. Lenartowicz (Lwów): Próby przeszczepienia pęcherzycy na zwierzęta. 2. Prof. Dr. K. Hübschmann (Praga): Leucoderma acquisitum centrifugum Sutton. 3. Prof. Dr. K. Gawałowski (Praga): Atrophia testis sinistri cum hyperplasia mammae sin. 4. Dr. J. Alkiewicz (Poznań): Badania histologiczne plam białych paznokcia. 5. Dr. E. Petraček (Praga): W sprawie patogenezy „Dermatitis continua Hallopeau". 6. Doc. Dr. Vl. Řihova (Praga): Temat zastrzeżony. 7. Doc. Dr. E. Petraček (Praga): Filariosis sanguinis hominis et elephanthiasis tropica. 8. Dr. Petraček (Praga): W sprawie równoczesnego pojawienia się liszaja czerwonego płaskiego i łuszczycy. 9. Dr. J. Obrtel (Praga): Eczema serpiginosum epidermophyticum. 10. Dr. K. Cholewius (Warszawa): Erythrodermia ichtyosiformis benigna. 11. Dr. Fr. Frenzl (Praga): Kotasze pyodermitis u psoriasis. 12. Dr. Ł. Kwiatkowski i Dr. B. Jałowy (Lwów): Srebrzyca i jej patogeneza w świetle doświadczeń na zwierzętach. 13. Dr. J. Alkiewicz i Dr. W. Górny (Poznań): O nowym uproszczonym sposobie barwienia grzybków chorobotwórczych we włosach i łuskach. — 30. VI. popołudniu: 1. Dr. B. Raszkes (Warszawa): Spostrzeżenia nad próbami zmian fizykalnych w stanach zapalnych cewki moczowej. 2. Dr. H. Mierzecki (Lwów): Z dalszych badań nad zastosowaniem polskiej ropy naftowej w leczeniu chorób wenerycznych. 3. Dr. J. Rosner i Dr. M. Kiedaczówna (Poznań): Wyniki leczenia rzeżączki szyjki macicy przetworem Flavadin. 4. Dr. H. Cholewius (Warszawa): Arthritis gonorrhoica deformans. 5. Dr. E. Wójtowicz (Kraków): Nieswoiste leczenie uzupełniające powikłań rzeżączki. 6. Dr. H. Mierzecki (Lwów): Rola przetworów polskiej ropy naftowej w dermatologji. 7. Prof. Dr. W. Nowicki i Prof. Dr. J. Lenartowicz (Lwów): Przypadek mnogich guzów ksantomatycznych. 8. Dr. Ł. Kwiatkowski (Lwów): Badania doświadczalne nad patogenezą sarkoidów podskórnych. 9. Dr. F. Goldszlag i Dr. Chwalibogowski (Lwów): Przypadek periarteriitis nodosa z rozległemi zmianami skórnemi. 10. Dr. T. Chorążak i Dr. E. Mikulaszek (Lwów): Odczyn wiązania dopełniacza w grzybicach skóry. 11. Dr. E. Sonnenberg (Łódź): Z pogranicza dermatologji i entomologji: Przypadek złożenia w skórze człowieka jaj muchy. 12. Dr. A. Sztern (Warszawa): Diatermja krótkofalowa w leczeniu chorób skórnych i wenerycznych. 13. Dr. Z. Jastrzębska (Warszawa): Oleomata artificialia. 14. Dr. L. Hirsch (Kraków): Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w późnych okresach kiły. (Doniesienie drugie).

XIX posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 14 czerwca 1935. Porządek dzienny: 1) Kol. Grzędzielski: Przypadek zgorzeli powiek (demonstracja). 2) Kol. Lenczowski-Meisels: Przerzuty kostne w raku macicy (wykład).

Walne Zgromadzenie Delegatów do Tow. Lek. Polskich b. Galicji odbędzie się 30 czerwca 1935 w Morszynie-Zdroju o godzinie 11 rano. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokółu z ostatniego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie z czynności Rady Zawiadowczej za rok 1934. a) Sprawozdanie Prezesa, b) Sprawozdanie Skarbnika, c) Sprawozdanie Komisji Kontrolującej. 3) Zapomogi i wsparcia stałe. 4) Zmiana statutu Tow. Lek. Pol. b. Galicji. 5) Sprawa budowy domu zdrojowego. 6) Wnioski i interpelacje. 7) Wybory nowej Rady Zawiadowczej.

Różne.

Z kraju.

W związku ze śmiercią Pierwszego Marszałka Polski, Józefa Piłsudskiego Polskie Towarzystwo Gastrologiczne otrzymało od Generalnego Sekretarza I Międzynarodowego Zjazdu Gastro-Enterologów w Brukseli pismo o treści następującej:

„Z polecenia Komitetu Organizacyjnego I Międzynarodowego Kongresu Gastro-Enterologów w Brukseli składam Członkom Towarzystwa najserdeczniejsze wyrazy współczucia spowodu żałoby narodowej, która okryła Polskę i zapewnienia o żywym udziale w Jej smutku.

Sekretarz Generalny: Dr. Georges Brohée".

Na powyższe pismo Polskie Towarzystwo Gastrologiczne wysłało następującą odpowiedź:

„Głęboko wzruszeni dziękujemy za przesłane nam wyrazy współczucia spowodu ciężkiego ciosu, jaki spotkał nasz kraj. W tak bolesnych chwilach szczególnie cenne są dla nas dowody udziału w naszym smutku ze strony kolegów-lekarzy z zagranicy.

Prezes: Dr. Bronisław Weinert.
Sekretarz: Dr. Józef Nusbaum.

Liga przeciwgruźlicza szkolna urządziła letnie kolonje lecznicze w Nowem Mieście, Otwocku, Urlach i w Miłośnie. Przed wyjazdem na kolonje dzieci będą zaszczepione przeciw błonicy i durowi brzusznemu. Około 2000 dzieci znajdzie pomieszczenie na powyższych kolonjach.

Instytut Spraw Społecznych donosi, że przy czyszczeniu wielkich zbiorników metalowych, kotłów i tanków zdarzają się częste wypadki śmiertelnego zatrucia robotników. Dzieje się to mimo nieraz wielkich ostrożności. W wypadkach tych wchodzi w rachubę obecność gazów trujących, wybuchowych i brak tlenu. Ostatni czynnik jest najważniejszy i często jest powodem śmiertelnych wypadków.

W przemyśle polskim znajduje zastosowanie aparat konstrukcji i wyrobu krajowego t. zw. skafander, który doskonale chroni robotników przed pylicą krzemową.

W rolnictwie w grudniu ub. r. zdarzyło się 16 śmiertelnych wypadków i 25 ciężkich urazów przy pracy na ogólną liczbę 45 zgonów i 109 ciężkich kalectw.

W Rembertowie na terenie Wojskowych Zakładów Pirotechnicznych powstała organizacja „S. S." (Sieć Samarytańska), której zadaniem jest praca nad podniesieniem warunków higieny w fabryce i niesienie pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy. (Inst. Spr. Społ.).

Francja.

W kąpieliskach francuskich zniżka cen w porównaniu z ubiegłym rokiem wynosi około 10%.

XXI wycieczka lekarska francusko-belgijska odbędzie się w czasie od 4 do 27 sierpnia b. r. Plan podróży: fiordy norweskie, Przylądek Półn., Ocean Lodowaty Północny, Spitzberg, a powrót przez główne linje skandynawskie. Cena 2000 fr. fr. z 5% opustem dla zgłaszających się za pośrednictwem: *Section des Croisières de „Bruxelles-Médical", 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles.*

Czechosłowacja.

W Jachimowie urządzono wzorowo zakład leczniczy zwany Radium Palace Hotel.

Niemcy.

W Niemczech rozwija się nowy kierunek higjeny pracy t. zw. fizjologja pracy. Przedstawicielem i twórcą jego jest prof Atzler. Instytut Fizjologji Pracy prof. Atzlera (Dortmund) został założony przez państwo i przemysł; posiada dwie filje: w Berlinie i Monasterze. Podobny instytut istnieje przy uniwersytecie wrocławskim. (Inst. Spr. Społ.).

Z. S. S. R.

„Instytut badań chorób zawodowych" w Leningradzie przeprowadził badania dotyczące częstości występowania rozedmy płuc u robotników hut szklanych. Okazało się, że 21% wydmuchiwaczy szkła cierpi na rozedmę płuc. Rzadziej cierpią na nią ci robotnicy, którzy robią małe przedmioty (10%), natomiast ci, którzy wytwarzają duże tafle szklane, chorują na rozedmę płuc w 31%. W celu zmniejszenia przynajmniej do pewnego stopnia odsetku tego schorzenia zawodowego wprowadzono w niektórych hutach rosyjskich automaty pneumatyczne do wydmuchiwania szkła.

W tym samym instytucie zbadano wpływ pracy w atmosfer par benzyny na stan zdrowia. Robotnicy badani wykazywali choroby krwi i systemu nerwowego. (Inst. Spr. Społ.).

W Murmańsku stworzono polarne sanatorjum, do którego przyjmuje się dzieci od 8—12 lat. Zadaniem tego sanatorjum jest prowadzenie badań klimatologicznych.

Komunikaty.

Tow. Lek. Warszawskie podaje do wiadomości o wakującem stypendjum na rok 1936 im. Prof. Dr. Józefa Babińskiego w wysokości zł 1000, za pracę z zakresu neurologji. Warunki stypendjum: 1) Stypendjum jest przeznaczone dla młodych pracowników naukowych. 2) Stypendjum jest przeznaczone za najlepszą pracę z neurofizjologji, z anatomji i histologji prawidłowej i patologicznej, prace kliniczno-doświadczalne, w wyjątkowym wypadku za pracę czysto kliniczną. 3) Praca może być ogłoszona w języku obcym, byleby była wykonana w pracowni na terenie Państwa Polskiego. 4) Praca powinna być ogłoszona drukiem w ciągu ostatnich dwóch lat lub przedstawiona w rękopisie, dotąd nienagrodzona. — Podania składać należy na ręce Prof. Dr. med. A. Leśniowskiego, Sekretarza Stałego, do Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I. Króla Belgów Nr. 7), do dnia 1 października 1936 r.

Podczas trwania Wystawy Międzynarodowej w Brukseli i w jej ramach odbędzie się Pierwszy Międzynarodowy Zjazd Gastro-Enterologiczny w dniach 8—9—10 sierpnia r. b. Długi szereg internistów, chirurgów, rentgenologów i biochemików całego świata obiecał swój udział. Tematy: Les Gastrites. Les colites ulcereuses graves non-amibiennes. Wysoka wartość naukowa referatów programowych, które będą wygłoszone przez wybitne i szczególnie kompetentne osoby jest pierwszorzędną atrakcją Zjazdu, na którym też jest projektowane założenie Międzynarodowego Towarzystwa Gastro-Enterologicznego. Komitet Organizacyjny zapewni cały szereg ułatwień dla uczestników Zjazdu. Ulgi kolejowe i morskie, bezpłatne wejście na wystawę, szereg uroczystości zjazdowych, tanie wycieczki, zarezerwowanie lokali i t. p. Na skutek spodziewanego znacznego napływu cudzoziemców Sekretarjat Generalny prosi o możliwie najszybsze zapisywanie się na Zjazd i zamawianie mieszkań. Wpisowe 30 fr. belg., dla osób towarzyszących 15 fr. belg. Koszt przejazdu w jedną stronę do Brukseli wraz z paszportem indywidualnym i wizami: z Warszawy III kl. — 261 zł, II kl. — 315 zł; z Łodzi III kl. — 256 zł, II kl. — 307 zł; z Poznania — 246 zł — 292 zł; ze Lwowa — 279 zł, z Krakowa 266 zł, z Wilna 278 zł. Droga powrotna około 100 zł (III kl.). O szczegóły prosimy zwracać się do kol. Józefa Nusbauma, Warszawa, Marszałkowska 81 a.

W dniu 17 stycznia b. r. powstała przy Polskiem Towarzystwie Higienicznem we Lwowie Sekcja Eugeniczna. Przewodniczącym Sekcji obrano jednogłośnie dyr. Bronisława Duchowicza, sekretarzem lek. Zdzisława Bielińskiego. W łonie Sekcji Eugenicznej zorganizowano cztery podsekcje, a to podsekcję „walki ze zwyrodnieniem rasy", wychowawczą, prawno-społeczną i prasową. Na czele podsekcji I. stoi dr. Stanisław Liebhart, na czele podsekcji II tymczasowo przewodniczący Sekcji dyr. Duchowicz, na czele podsekcji III. dr. Graban, na czele podsekcji IV. dr. Henryk Rotbart. Każda z poszczególnych podsekcyj zorganizowała szereg posiedzeń, na których wygłoszono wiele referatów i omówiono liczne sprawy organizacyjne. Prócz tego podsekcja wychowawcza zorganizowała wespół z Komitetem wojewódzkim Towarzystwa Przyjaciół Młodzieży Akademickiej, z lwowską grupą „Zrębu", Towarzystwem Kultury Akademickiej, Stowarzyszeniem Kobiet z Wyższem Wykształceniem, Towarzystwem Oświaty Zawodowej, Poradnią Zawodową i Izbą Rzemieślniczą dwa cykle odczytów, które cieszyły się olbrzymiem powodzeniem u publiczności. Odczyty dotyczyły sprawy wyboru zawodu przez abiturjentów szkół średnich ogólnokształcących i zawodowych oraz przez młodzież męską, która kończy klasę VII szkół powszechnych. Jeden z tych odczytów — należący do serji pierwszej, odczyt dr. Henryka Ruebenbauera, „O zawodzie aptekarskim", został nakładem Towarzystwa Aptekarskiego we Lwowie wydany drukiem. Przy Sekcji została utworzona bibljoteczka eugeniczna, z której każdy może bezpłatnie korzystać. W zamierzeniach Sekcji leży stworzenie we Lwowie wzorowej poradni eugenicznej, stałego kącika radjowego ze skrzynką radjową eugeniczną, oraz zrealizowanie całego szeregu innych projektów. Obecnie Sekcja liczy 97 członków. Wkładka roczna wynosi 2.50 zł. Wpisy przyjmuje i udziela wszelkich informacyj sekretarz Sekcji — lekarz Zdzisław Bieliński (Instytut Fizjologiczny U. J. K., ul. Piekarska l. 52, tel. 202—20).

Stały Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy przystępuje do organizacji VIII Lekarskiego Kursu w dn. 30, 31. VIII. i 1. IX. 1935 r. (piątek, sobota, niedziela). Protektorat nad Kursem łaskawie objąć raczył J. W. Pan v. Minister Opieki Społecznej Dr. med. Eugenjusz Piestrzyński. Kursy poprzednie dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników, przybyłych w liczbie zgórą 1800 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej. Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu VIII na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do pp.: Doc. Brokmana H. (Warszawa), Prof. Kowalskiego B. (Poznań), Prof. Latkowskiego J. (Kraków), Prof. J. Mazurkiewicza (Warszawa), Prof. Pelczara K. (Wilno), Prof. Rosego M. (Wilno), Doc. Sabatowskiego A. (Lwów), Doc. Szulca G., naczel. Dyrektora Państw. Zakł. Higjeny (Warszawa), Doc. Wojciechowskiego A. (Warszawa). Uczestnicy Kursów mieć będą zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku podczas trwania Kursu t. j. dnia 30, 31. VIII. i 1. IX. b. r. oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne na drodze powrotnej. Komitet Organizacyjny VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego, uwzględniając obecne warunki pracy Kolegów, obniżył opłatę uczestnictwa do zł 20, od osób towarzyszących do zł 15. Komitet Organizacyjny projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu. Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie. W imieniu Komitetu Organizacyjnego VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego: *Stanisław Wiśniewski,* Dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego i Komisarz Rządowy Komisji Zdrojowej w Ciechocinku-Cieplicy. *Prof. Dr. Med. J. Szmurło,* Przewodniczący. *Doc. Dr. med. L. Lorentowicz,* Zastępca Przewodniczącego. *Dr. med. P. Rudzki,* Zastępca Przewodniczącego i Generalny Sekretarz.

Redakcja otrzymała:

G. Rappin: Titres et travaux scientifiques. Nantes, Impr. de Bretagne. 1935.

P. Cristol: Précis de Chimie biologique médicale. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

Richard i Hazard: Précis de thérapeutique et de pharmacologie. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

J. Pergola: Myosites — Abcès des muscles. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

O. M. Mistal: Endoscopie et pleurolyse. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

A. Strohl: Précis de physique médicale. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

J. Leveuf, Ch. Girode, Raoul-Charles Monod: Traitement des fractures et luxations des membres. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

J. Sabrazès i R. Saric: Angines lymphomonocytaires — Agranulocytoses — Leucémies leucopéniques. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

P. Dittrich: Der Kindesmord in der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Wyd. Urban-Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń. 1935.

L. Zembrzuski: Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich. Nakł. Koła Medyków U. W. Warszawa. 1935.

L. Zembrzuski: Dr. med. Adam Ernest Narymunt-Waszklewicz (1812—1901). Odbitka z „Lekarza Wojskowego" T. XXV. Nr. 2. 1935.

L. Zembrzuski: W sprawie wykładów z historji i filozofji medycyny oraz z propedeutyki lekarskiej. Odbitka z „Lekarza Wojskowego". T. XXIV. Nr. 10. 1934.

L. Zembrzuski: Znaczenie studjów historji medycyny. Odbitka z „Medycyny". Nr. 4. 1935.

L. Zembrzuski: Metody kształcenia lekarzy w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Odbitka z „Lekarza Polskiego". Nr. 12. 1933.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.